

Proveedor | Más procesos | Mapa | Ir a

Inicio → Nivel → Administración de contratos

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Personalizar

Buscar contrato

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
163578	726 2017	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL	Entidad Estatal	11/23/2017 3:00:00 PM (UTC-5:00) Bogota, Lima, Quito	6/5/2018 8:00:00 PM (UTC-5:00) Bogota, Lima, Quito	Olga Lucia Forero Gonzalez	13,879,915 COP	Firmado	Detalle

OPCIONES

VER

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

HERRAMIENTAS

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
Forero	Gonzalez	Olga Lucia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (x) C.E ( ) PAS ( ) No. 52050272 — 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 24 MES 12 AÑO 1971

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 80 C # 167d-05 apto 402. T-1

PAÍS Colombia DEPTO Clarca

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 9219138 EMAIL olgalo_923@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											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1988
										x	

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
UN	9	x		Profesional en T. Respiratorio	02	1999	52050272
ES	3	x		Especialista en Epidemiologia	10	2015	

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
Sobred Centro Oriente	x		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2891100	DÍA 06 MES 05 AÑO 2018	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Terapeuta Respirator.	Hosp San Blas	Tv. 5este # 19-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital central policia Nal	x		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2202122	DÍA 26 MES 11 AÑO 2009	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Terapeuta Respirat.	Hospital	Cra 59 # 26-21 Can

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Famicare Clinica Dia 505		x	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7461630	DÍA 23 MES 07 AÑO 2010	DÍA 03 MES 05 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Terapeuta Resp.	Domiciliario	Cra 16 # 80.25

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Cuidate Tu salud		x	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6745949	DÍA 12 MES 02 AÑO 2016	DÍA 30 MES 05 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Terapeuta Respirat.	Cuidado Clinico Serv. Domiciliario.	AV. 63 # 69F - 26

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	9	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	18	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá. Julio 10 de 2018

Olga Lucía G.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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. Olga Lucia Forero Gonzalez

IDENTIFICADO CON: C.C. [1] C.E. [2] OTRO [3] No. 52050272 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
Cra 8C # 167d-05 apto 402. T. 1	9219138

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
Bogotá	Cundinamarca	Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Jesús Miguel Forero Zarrota	17.145.147	Padre
Olga Maria Gonzalez	41.419.064	Madre
Juan Sebastian Pineda Forero	1000697928	Hijo
Andres Felipe Pineda Forero	1023082722	Hijo

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	$14.800.000.-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$14.800.000.-

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
Bancolombia	Ahorros	20334967825	Maria	$5.000.000.-
Colpatria	Ahorros	0546	Ciud. Colsub.	$ 300.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Apartamento	050N20326125	$150.000.000.-
Apartamento	50N20814226	$310.000.000.-
Vehiculo	GLZ 980	$35.000.000.-

- EMPLEADOR -

FORMA FUDBR001

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Bancolombia	C. hipotecario	$190.000.000
Bancolombia	C. Automovil	$17.000.000.

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 ☒ 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

3 FIRMA

Olga Lucia Toro G
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá. Julio 10/18
CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Liceo Femenino de Cundinamarca

"Mercedes Nariño"

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, Según
Resolución Nº 14072 del 14 de Octubre de 1987

Confiere a

Olga Lucia Forero Gonzàlez

Identificado (a) con T.I Nº 711224 - 00799 de Bogotá

El Titulo de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Dado en Bogotá a 20 de Noviembre de 1990

Anotado al folio 57 Libro de Registro Nº 2

Secretario de Educación

En Bogotá a 1 de Abril de 1991

REPUBLICA DE COLOMBIA

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

"U M B"

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Olga Lucía Forero González.

C.C. No. 52.050.272 Bogotá D.E.

EL GRADO **Profesional en Terapia Respiratoria.**

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES
QUE LE ACREDITAN PARA EJERCER LA PROFESION.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA
CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA.

A LOS 13 DIAS DEL MES Febrero DE 1998.

RECTOR

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

OLGA LUCÍA FORERO GONZÁLEZ

C.C. No. 52.050.272 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

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

Bogotá D.C., 9 de octubre de 2015

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 8 Folio 126 Registro 45149 Fecha : 9 de octubre de 2015

Acta General de Graduación No 16

(Noviembre 26 de 1988)

En la Ciudad de Bogotá D.C., a los 26 días del mes de noviembre de 1988, se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de las estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretario Académico en la Rectoría del Liceo Femenino de Mercedes Nariño . Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académico, según Resolución No 2592 del 28 de Agosto del 2002. Anterior Resolución de Aprobación No 14072 del 14 Octubre de 1987.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico a las graduandas cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA
T.I No.7112200799. DE BOGOTA

Esta Acta consta de (153) estudiantes graduadas, que comienza ALMANZA OSORIO MONICA y termina con ZORILLA MURCIA DIANA MARIA

En constancia se firma la presente Acta, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981.

Dada en Bogotá D.C., a 6 de abril de del año 2010

ERICA ISRAEL ARIZA RONCANCIO
C.C:No.91.010,038 de Barbosa
Rector

LINO ACOSTA ACOSTA
C.C.No.11.377.203 de Fusagasuga
Secretario

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

UMB

PERSONERIA JURIDICA No.18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 158 LIBRO No. 1 FOLIO No. 158

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ

C.C.No. 52050272 BOGOTA D.E.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 13 DIAS DEL MES DE 02 DE 19 98

RECTOR

VICERRECTOR ACADEMICO

SECRETARIO GENERAL

DECANO AREA

Nº 3460

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 754

En Bogotá D.C., el 9 de octubre de 2015 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 145 del 6 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ** con cédula de ciudadanía Número 52050272 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante acuerdo 004 del 21 de abril de 1998. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 8, Folio 126, número 45149

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA ANGELICA PACHECO CHICA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 9 de octubre de 2015.

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General (E)

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ

c.c. 52.050.272

ASISTIO AL CURSO

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES: 2003/2014, 459/2012, Y LAS LEYES: 1146/2007, 1257/2008. A NIVEL NACIONAL PARA TODO EL PERSONAL DE LA SALUD

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Junio de 2017.

Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S. O. S.

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

TEL: 8069582 CEL: 3192978634

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	**CÓDIGO: ET-GT-FT-014**
ESTRATÉGICO– GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	**VERSIÓN: 01**
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS	**FECHA: 2016-11-25**

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion Universitaria del Area Andina

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Olga lucia forero Gonzalez 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:

Especialista en epidemiologia

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Olga L. forero G.

No. de documento: 52050272

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Cra 8C # 167d-05 Apto 402. T-1

Teléfono: 3173306825

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 DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

CÓDIGO: ET-GT-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-11-25

Bogotá D.C

Señores:

Terapeuta Resp. Universidad Manuela Beltran
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Olga Lucia Torero Gonzalez, 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:

Profesional en Terapia Respiratoria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Olgatoreo

No. de documento: 52050.272

Tarjeta profesional No: 52050272

Dirección de contacto: Cra 8c # 167d-05 apto 402. Torre J

Teléfono: 3173306825.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL SANIDAD BOGOTÁ
NIT. 900.336.524-5

EL SUSCRITO RESPONSABLE PROCESO PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES SECCIONAL SANIDAD BOGOTA

HACE CONSTAR:

Que el Señor (a) ***OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ,*** *Identificado(a) con* ***C.C.*** *No.****52.050.272,*** *ha celebrado con la* ***POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - SECCIONAL DE SANIDAD BOGOTÁ,*** *los contratos de prestación de servicios como* ***TERAPEUTA RESPIRATORIO,*** *que a continuación se relacionan, los cuales no generan relación laboral ni prestaciones sociales de acuerdo con lo establecido en el Artículo 32 de la ley 80 de 1993.*

CONTRATO	VALOR MENSUAL	VALOR CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
81-7-20082-17	1.982.845.00	15.862.760.00	OCHO (8)MESES	21/02/2017	20/10/2017
81-7-20337-16	1.982.845.00	11.897.070.00	SEIS (6)MESES	16/08/2016	15/02/2017
81-7-20441-15	1.982.845.00	23.794.140,00	DOCE (12) MESES	12/08/2015	11/08/2016
81-7-20979 -14	1.982.845.00	20.225.019,00	DIEZ (10) MESES Y SEIS (6) DIAS	06/10/2014	11/08/2015
ADICIÓN 81-7-201453 -13	1.982.845.00	3.965.690.00	DOS(2) MESES	31/07/2014	30/09/2014
81-7-201453 -13	1.982.845.00	15.994.949,67	OCHO (8) MESES Y DOS (2) DÍAS	29/11/2013	30/07/2014
81-7-20339 -13	1.906.582.00	11.439.492,00	SEIS (6) MESES	29/05/2013	28/11/2013
81-7-20963 -12	1.906.582.00	15.252.656,00	OCHO (8) MESES	24/09/2012	23/05/2013
ADICIÓN 81-7-20-1309 -11	1.848.000.00	5.719.746.00	TRES (3)MESES	21/06/2012	20/09/2012
81-7-20-1309 -11	1.848.000.00	13.267.964,67	SIETE (7) MESES	21/11/2011	20/06/2012
81-7-20-277 -11	1.848.000.00	9.240.000,00	CINCO (5) MESES	13/06/2011	12/11/2011
81-7-20911 -10	1.848.000.00	12.936.000,00	SIETE(7) MESES	10/11/2010	09/06/2011
81-7-20042 -10	1.848.000.00	11.088.000,00	SEIS (6) MESES	07/05/2010	06/11/2010
07-7-20798 -09	1.848.000.00	9.240.000,00	CINCO (5)	01/12/2009	26/04/2010

Lo anterior de acuerdo con la información que reposa en la carpeta de cada contrato.

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado el día **27 de marzo de 2017**.

Contador Público LUZMILA SANCHEZ GOMEZ
Responsable Proceso Contratos Prestación Servicios SECSA

Elaboró: Marleydis Restrepo J.
Fecha de Elaboración: 27 de marzo de 2017
Ubicación: C:\escritorio

Carrera 68B BIS Nº- 44- 58 Edificio BG. Edgar Yesid Duarte Valero
Teléfono 2201300 ext. 1037
secsa-gucont@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FAMICARE CLINICA DÍA S.A.S.
NIT. 830.122.608-2

CERTIFICA QUE:

La señora **OLGA LUCÍA FORERO GONZÁLEZ** identificada con cédula de ciudadanía **N° 52'050.272** se encuentra vinculada a nuestra institución mediante la modalidad de contrato de prestación de servicios como **TERAPEUTA RESPIRATORIA** a partir del 23 de Agosto de 2010.

La asignación mensual por concepto de honorarios profesionales corresponde a la suma de $ 1.080.567 (Un millón ochenta mil quinientos sesenta y siete pesos m/cte.) promedio mes.

Este certificado se expide a solicitud de la parte interesada.

Bogotá, 24 de Julio de 2017

Atentamente;

CAROLINA BUSTAMANTE GÓMEZ
Subgerente General

RECURSOS HUMANOS

DIANA MARCELA CARDOZO L.
Recursos Humanos

Calle 86A No. 23 - 19
PBX: 746 1630
Bogotá, Colombia
www.famicareclinicadia.com

Cuidarte Tu Salud sas
BIENESTAR Y VIDA
NIT 900.241.765 - 4

A QUIEN INTERESE

CUIDARTE TU SALUD S.A.S.

NIT. 900.241.765-4

CERTIFICA QUE

La señora **FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA** identificado (a) con C.C **52.050.272** de Bogotá; Tuvo un contrato por prestación de servicios a partir del:

- (30) de Marzo de 2016 – Vigente

Como **TERAPEUTA RESPIRATORIA** generando un promedio mensual en honorarios de 1.597.925 (un millón quinientos noventa y siete mil novecientos veinticinco pesos M/cte.), en el Área de atención domiciliaria.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado (a) a los 21 días del mes de julio de 2017. Para cualquier información por favor comunicarse a los teléfonos 3847450 - 3103422365.

Cordialmente.

SANDRA C. BARRAGAN
Directora Talento Humano
Elaborado por
Sandra Pérez auxiliar de talento humano



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1971

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-JUN-1990 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00208710-F-0052050272-20100112 0019840778A 1 1390109682



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.050.272
FORERO GONZALEZ
APELLIDOS
OLGA LUCIA
NOMBRES

Olga L forero G
FIRMA

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 14473556101

(415)7707212489984(8020) 000001447355610 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 0 5 0 2 7 2	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 1 3	5 2 0 5 0 2 7 2	1 9 9 0 0 6 0 1

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FORERO	GONZALEZ	OLGA	LUCIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
TRANSVERSAL 114 G 153 80 AP 502 TO 13

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
olgalu_923@hotmail.com		4 7 2 9 6 7 9	3 0 1 5 1 3 3 9 7 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8 6 9 9	2 0 0 1 0 7 0 1	7 4 9 0	2 0 1 5 1 0 1 5		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 2 2 3	

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:	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 7 3 0

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 FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14116478338

(415)7707212489984(8020) 000001411647833 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52050272	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	52050272	19900601

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
FORERO	GONZALEZ	OLGA	LUCIA

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: TRANSVERSAL 114 G 153 80 AP 502 TO 13

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		6926818	3015133978

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
8519	20010701						2223	

Responsabilidades

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 20091112

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004

Firma del solicitante:

Olga L Forero G

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: CAMARGO RODRIGUEZ FREDDY DE JESUS

985. Cargo: Analista IV

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 28-07-2018
Hora 10:31:02 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52050272-1 OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ

Información General

Dirección TV 114 G 153 80 AP 502 TO 13

Teléfonos 4729679-3015133978

Dirección electrónica olgalu_923@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 11/09/2015

Soporte Inscripción 16821746

Fecha Inicio Actividades 01/07/2001

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18003071111

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de Hacienda Distrital.


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
PROFESIONAL EN TERAPIA
Olga L. Torres G.

Resolución No : 2630 *de* 12 MAYO 1998

Secretaria Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se refrenda un TITULO para el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD.
en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y,

CONSIDERANDO:

Que el(la) señor(a) FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA Identificado(a) con CC número 52050272 expedida en BOGOTA D.E solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su TITULO de PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN -UMB- el día 13/02/1998 y registrado en el libro 1 Folio 158 año 1998

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Refrendar el TITULO que autoriza a FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA identificado(a) con CC número 52050272 expedida en BOGOTA D.E para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 12 MAYO 1998

CARLOS ROBERTO GARZON BECERRA
Director de Desarrollo de Servicios de Salud.(E)

Victor S.

Olga Lucia Forero G
52050.272
2630 Bogo
Olga L. Forero G.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
52050272

Primer Nombre *
olga

Primer Apellido *
forero

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52050272	OLGA	LUCIA	FORERO	GONZALEZ	Ver

Información Detallada [CC: 52050272] OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Terapia respiratoria	1998/5/12	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).

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	LOTE No	UNIDAD	FIRMA
Neumococo	1	190210	E0141	HOCEN	
	Caso especial 2				
Hepatitis A	1				
	2				
Varicela	1				
Otras					

VACUNA CONTRA

+d.

EDAD	3ra DOSIS Fecha	Lote	4da DOSIS Fecha	Lote	5da DOSIS Fecha	Lote
	17 ABR 2006		17 MAY 06			

GRIPE: INFLUENZA A y B

EDAD	Fecha	Lote	Fecha	Lote	Fecha	Lote

Mayor información en la dirección médica de GLAXOSMITHKLINE Colombia S.A. Avenida El Dorado No. 91-50 Calzada Norte Teléfonos: 417 8686 - 425 1270 Página Web: www.casadevacunas.com.co Línea gratuita: 01 8000 118686 - Bogotá, D.C., Colombia

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	LOTE No	UNIDAD	FIRMA
Rubéola	Única				
Tetánica Diftérica Td	1				
	2				
	3				
	Cada 10 años				
Hepatitis B	1				
	2				
	3				

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	LOTE No	UNIDAD	FIRMA
Fiebre Amarilla	Cada 10 años				
Influenza	Anual	24/03/10			
Fiebre Tifoidea	Cada 3 años				

AHANI

DISPONIBLE

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B HEPAVAX GENE	1a			
	2a			
	3a			
Refuerzo	20	6101/09	20602A2	Isabel

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
INFLUENZA AGRIPPAL S1	1			

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
VARICELA VARICELA VACUNA SDVC	1			

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B HEPAVAX GENE	1a	09/05/06	20602A4	Lucy
	2a	11/04/06	20602A4	Lucy
	3a	19/10/06		

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
INFLUENZA AGRIPPAL S1	1			

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
VARICELA VARICELA VACUNA SDVC	1			

Salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 860.007.336-1

Fecha de generación del carné: miércoles, 16 de agosto de 2017 0 p.m.

Número de identificación: 52050272

Lote	Institución vacunadora
	POLICIA NACIONAL ESPAM TEUSAQU

Salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 860.007.336-1

CALIDAD MAYOR BOGOTÁ D.C. Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010817118

Fecha de generación del carné: miércoles, 16 de agosto de 2017 04 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52050272
Nombres y Apellidos	OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ		
Fecha de nacimiento:	20/12/1971		

rampión y Rubéola	Única				
	Tercera dosis	17/05/2006	Tetavax		CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO USAQ
	Cuarta dosis	31/08/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	024L9011C	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORT NORTE
oxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
oxoide Tetánico Diftérico	Refuerzo	28/11/2013	Tetavax	160I2009B	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
iple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
aricela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
PH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
PH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

DRA. CLAUDIA LILIANA GARCIA FORERO
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Lic. S.O. No. 9982 del 24/08/2016 S.D.S.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
RESOLUCION 2346 DE 2007

1. DATOS IDENTIFICACIÓN

EMPRESA	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL							FECHA	DIA 29	MES 08	AÑO 2017		
NOMBRE TRABAJADOR	OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ							SEXO	MASCULINO		FEMENINO X		
DOCUMENTO	TI	CC X	CE	52.050.272				EDAD 45	AÑOS				
CARGO	TERAPEUTA RESPIRATORIA					E.P.S	FAMISANAR	A.R.L	POSITIVA				
TIPO EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		SUPERFICIE		ALTURAS				

2. EXAMENES REALIZADOS

VALORACION	REALIZADO	NO REALIZADO
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSON)	X	
VISIOMETRIA	X	
ESPIROMETRIA	X	
TEST VESTIBULAR	X	

3. CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1.	APTO PARA LABORAR	X
2.	APTO CONDICIONAL *(ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)*	
3.	RESTRINGIDO PARA EL CARGO	
4.	REQUIERE NUEVA VALORACION	

4. OBSERVACIONES

NINGUNA

5. RECOMENDACIONES

CONTROL VISUAL ANUAL. HIGIENE POSTURAL. -USAR LOS EPP-

6. FIRMAS:

Dra. Claudia Liliana García Forero
Médico Cirujano
R.M.J.N.C.
R.M. 2895/94

FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL
REGISTRO MÉDICO:

FIRMA TRABAJADOR
C.C.

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente CERTIFICADO se expide orientado específicamente al Programa de Salud Ocupacional de la Empresa Contratante del Servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, modificada parcialmente por la RESOLUCIÓN 1918 de junio 05 de 2009, la custodia de las historias clínicas estará a cargo de la IPS que realiza los exámenes ocupacionales. En ningún caso, y bajo ninguna circunstancia podrá el empleador guardar copia de las HISTORIAS CLÍNICAS OCUPACIONALES de sus trabajadores.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 52.050.272

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION EN SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diecisiete (17) dias del mes de diciembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

32850682 - 17/12/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300109787 8CC52050272C.

U.T. Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca,
COOPSIN y
Fundación Universitaria Olga Forero de Olaya

CERTIFICA

QUE: *Olga Lucía Forero González*

identificado (a) con cc. *52050272*

Cursó y aprobó el diplomado de:

Soporte Vital Avanzado

con una intensidad horaria de 40 horas

COOPSIN

HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA

RICARDO PERICO CASTILLA
Gerente COOPSIN

JOSE LEONIDAS OLAYA FORERO
Director Científico HCC

ALEXANDRA HERRERA BARRANTES
Coordinadora Académica

Dado en Soacha a los 27 días del mes de Junio de 2008

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ identificado(a) con CC 52050272 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**18/02/2000**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO PORTAL NORTE**
Categoria:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 28 días del mes de julio 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.

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52050272,** se encuentra afiliado (a) desde **01/08/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado de Salida	2	PROTECCION S.A.	01/10/1997	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/11/2017	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 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.

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

52050272	POSITIVA
Numero de Documento	ARL

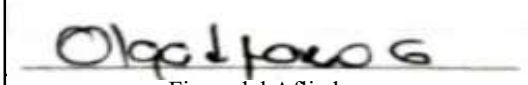
OLGA	LUCIA	FORERO	GONZÀLEZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

24/12/1972	BOGOTA	CRA 8C Nº 167D - 05	9219138
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

FAMISANAR	COLPENSIONES	$ 3.500.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

APEUTA RESPIRATORIA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLO	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

OLGALU_923@HOTMAIL.COM	3173306825
Correo Electrónico	Celular



Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 112926749

WEB
02/29/19
Hoja 1 de 01

Bogotá DC. 28 de julio del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones o Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52050272

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 o 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.

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 Boletin de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 28 de julio de 2018, a las 02:27:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52050272
Código de Verificación	520502721807280227 28

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2356749

Bogotá D.C., 28 de Julio de 2018 - 2:33 am

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

CERTIFICA

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

52050272

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 7_RER7K_332
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 02:32:49 horas del 28/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52050272**
Apellidos y Nombres: **FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Carrera 27 Nº 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 / 9117
Resto del país 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 E-mail lineadirecta@policia.gov.co

Referencia Bancaria

Viernes, 2 de Febrero de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ identificado(a) con CC 52050272, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20334967825	2007/07/25	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Forero	Gonzalez	Olga	Lucia		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐	52050272	Bogotá	1990/06/01

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
71/12/24	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	2	2	3173306825

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☒	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL:
								T. Respirat. esp. epidemio

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 8c # 167d-05 Apto 402	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	9219138

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Olgalo_923@hotmail.com		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☐	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐			

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☒		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☒		SI ☐		SI ☒	Digitar el codigo del rut	2223
		NO ☐		NO ☒		NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	# NIT

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
TV. 5este #19-50	2891100	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Terapeuta Respiratoria		**FECHA VINCULACION**	Mayo 7/18

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 4.800.000	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	190.000.000 $ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	— $ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	500.000 $ 0	VEHICULOS	35.000.000	DEUDA VEHICULOS	15.000.000 $ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	1'200.000 $ 0	PROPIEDADES	450.000.000	DEUDAS TERCEROS	— $ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	1'000.000 $ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	2'700.880	TOTAL ACTIVOS	485.$0.000	TOTAL PASIVOS	205.$0.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gomez	Bello	Alvaro	Alejandro
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
cra 62 #167b-64	Bogotá	Amigo	6490414

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia	CTA AHORRO	20334967825	Marly	7426829

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:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su profesión Terapeuta Respiratoria

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.

declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, 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 Superintedencia 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, compañias 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

Olga L. Forero G.

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:		

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

Olga Lucero G.

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:			

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Renta y Complementarios Personas Naturales y Asimiladas No Obligadas a llevar Contabilidad

PRIVADA

210

1. Año: 2016

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2111627597693

(415)7707212489984(8020) 000211162759769 3

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
5205027	1	FORERO	GONZALEZ	OLGA	LUCIA	32

24. Actividad económica: 8699 | Si es una corrección indique: | 25.Cód. | 26. No. Formulario anterior

28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X"):

Patrimonio

Total patrimonio bruto	30	144,074,000
Deudas	31	30,000,000
Total patrimonio líquido	**32**	114,074,000

Ingresos

Recibidos como empleado	33	0
Recibidos por pensiones jubilación, invalidez, vejez, de sobreviviente y riesgos laborales	34	0
Honorarios, comisiones y servicios	35	49,195,000
Intereses y rendimientos financieros	36	0
Dividendos y participaciones	37	0
Otros (Ventas, arrendamientos, etc.)	38	0
Obtenidos en el exterior	39	0
Total ingresos recibidos por concepto de renta	**40**	49,195,000
No Constitut. renta ni gan ocasional — Dividendos y participaciones	41	0
Donaciones	42	0
Pagos a terceros por alimentación	43	0
Otros ingresos no constitutivos de renta	**44**	0
Total ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	**45**	0
Total ingresos netos	**46**	49,195,000

Costos y deducciones

Gastos de nómina incluidos los aportes a seguridad social y parafiscales	47	0
Deducción por dependientes económicos	48	4,920,000
Deducción por pagos de intereses de vivienda	49	0
Otros costos y deducciones	50	3,194,000
Costos y gastos incurridos en el exterior	51	0
Total costos y deducciones	**52**	8,114,000

Renta

Renta líquida ordinaria del ejercicio	**53**	41,081,000
o Pérdida líquida del ejercicio	**54**	0
Compensaciones (Por exceso de renta presuntiva)	55	0
Renta líquida	**56**	41,081,000
Renta presuntiva	57	3,900,000
Renta exenta — Gastos de representación y otras rentas de trabajo	58	0
Aportes obligatorios al fondo de pensión	59	0
Aportes a fondos de pensiones voluntarios	60	0
Aportes a cuentas AFC	61	0
Otras rentas exentas	62	0
Por pagos laborales (25%) y pensiones	63	12,299,000
Total renta exenta	**64**	12,299,000
Rentas gravables	65	0
Renta líquida gravable	**66**	28,782,000

Ganan. Ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales en el país	67	0
Ingresos por ganancias ocasionales en el exterior	68	0
Costos por ganancias ocasionales	69	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	70	0
Ganancias ocasionales gravables	**71**	0

Determinación de la renta gravable alternativa - IMAN, para empleados

Total ingresos obtenidos período gravable	**72**	0
Dividendos y participaciones no gravados	73	0
Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	74	0
Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	75	0
Gastos de representación exentos	76	0
Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	77	0
Pérdidas por desastres o calamidades públicas	78	0
Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	79	0
Costo fiscal de los bienes enajenados	80	0
Indemnizaciones y otros Lit. i) Art 332 ET.	81	0
Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez; fondos de cesantías y cuentas AFC	82	0
Renta Gravable Alternativa (Base del IMAN)	**83**	0

Liquidación privada

Impuesto sobre la renta líquida gravable	**84**	0
Impuesto Mínimo Alternativo Nacional -IMAN, empleados	**85**	0
Descuentos — Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit a), b) y c) art. 254 E.T.	86	0
Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit d) art. 254 E.T.	87	0
Por impuestos pagados en el exterior, distintos a los registrados anteriormente	88	0
Otros	89	0
Total descuentos tributarios	**90**	0
Impuesto neto de renta	**91**	0
Impuesto de ganancias ocasionales	92	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	93	0
Total impuesto a cargo	**94**	0
Anticipo renta por el año gravable 2016	95	0
Saldo a favor año 2015 sin solicitud de devolución o compensación	96	0
Total retenciones año gravable 2016	**97**	0
Anticipo renta por el año gravable 2017	98	0
Saldo a pagar por impuesto	**99**	0
Sanciones	100	0
Total saldo a pagar	**101**	0
o Total saldo a favor	**102**	0

103. No. Identificación signatario | 104. DV

(415)7707212489984(8020)8194050000005205027204000(3900)00000000000000(96)20170830

105. No. Identificación dependiente: 1000297928 | 106. Parentesco: HIJO | 107. Total dependientes: 0

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

2017395162935 6