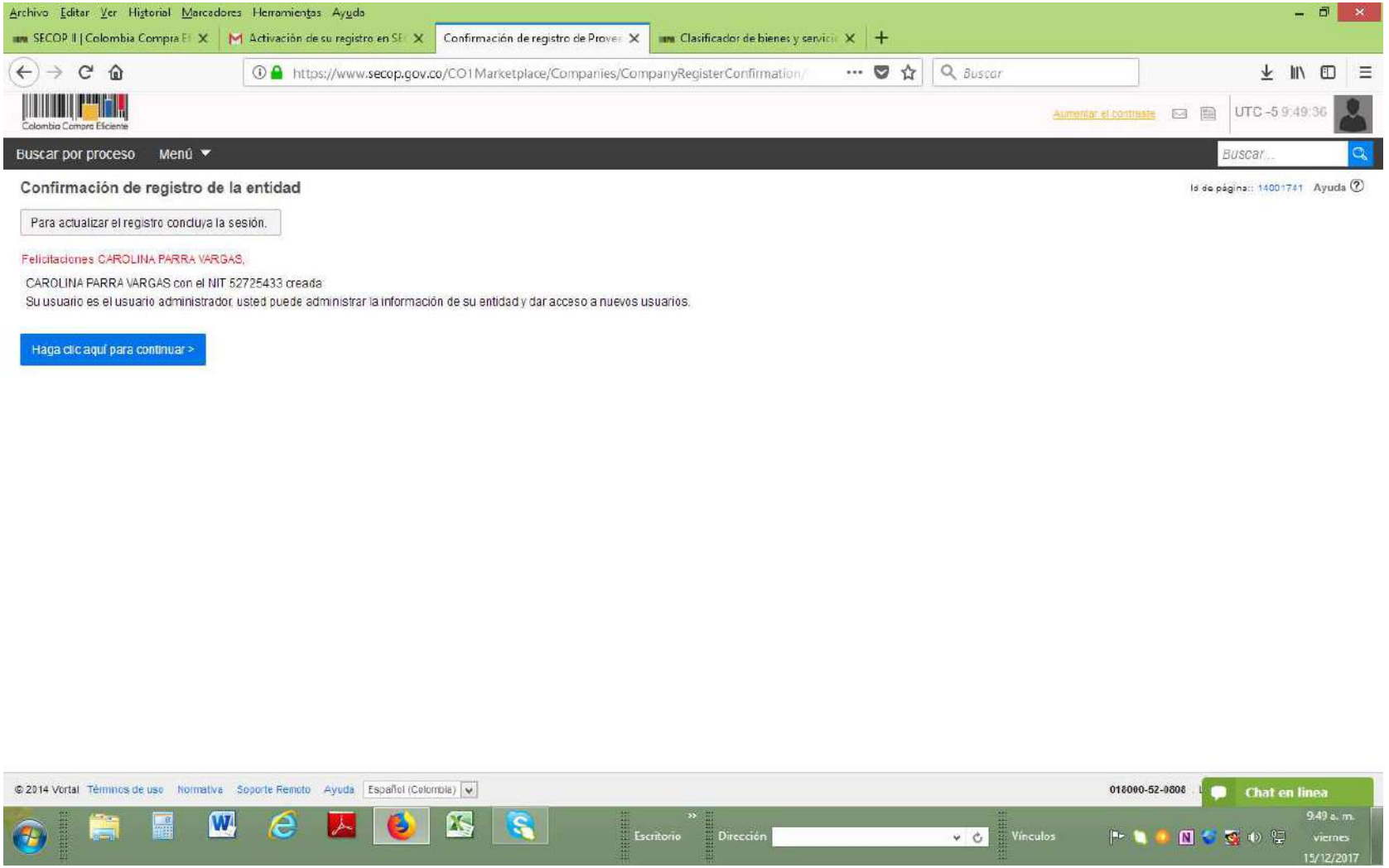

Archivo Editar Ver Historial Marcadores Herramientas Ayuda
SECOP II | Colombia Compra Ef
Activación de su registro en SE
Confirmación de registro de Prove
Clasificador de bienes y servici
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/
Buscar
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 9:49:36
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones CAROLINA PARRA VARGAS,
CAROLINA PARRA VARGAS con el NIT 52725433 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Chat en línea
Escritorio
Dirección
Vínculos
9:49 a. m.
viernes
15/12/2017

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
Parra	Vargas	Nancy Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52.725.433	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 29 MES 11 AÑO 1980	Cl 11A 79A 28
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca
DEPTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá
MUNICIPIO Bogotá	TELÉFONO 4242206 EMAIL carodofrago6@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 1998
									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	10	X		Fisioterapeuta	03	2006	52725433
MG	3		X	Master universitario en prevencion de riesgos laborales	08	2017	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	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
Subred centro oriente E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 03 MES 10 AÑO 2016	DÍA 31 MES 03 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Fisioterapeuta	Plan de salud Pública PSPIC	Dg 34 S 43

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	mtsalamanca@sena.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2858748	DÍA 04 MES 02 AÑO 2016	DÍA 04 MES 07 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Instructor salud	Salúd Pública	Kr 6 45 52

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital san Cristobal E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	upzsanblas@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2093480	DÍA 20 MES 03 AÑO 2014	DÍA 31 MES 01 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Fisioterapeuta	Salud pública - PIC	cl 22S 8A 58

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Sana centros de teraplas		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7020237	DÍA 16 MES 10 AÑO 2012	DÍA 19 MES 03 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Fisioterapeuta	Asistencial	Cl 80 89A 40 loc 304

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	8	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	

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, Marzo 24 de 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.

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. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Carolina Parra Vargas

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 52.775.433 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : Bogotá

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
Cl 11A 79A 28	4242206 - 3125195693

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Bogotá	Cundinamarca	Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Danny Alexander Vargas Parra	1141331265	Hijo
Dominick Francheseo Vargas Parra	1141316773	Hijo
Gloria Stella Vargas Garzón	41791080	Madre
Ricardo Parra Gutman	17053164	Padre

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** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [X], **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	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	$33.600.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$33.600.000

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
Davivienda	Ahorros	840071118	20 de Julio	$200.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	Vehiculo	$27.800.000

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Finandina	Crédito	$8.000.000
tarjetas	crédito	$ 2 000.000

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 [X] NO [ ] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Nelson A. Vargas Rodriguez	C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	79.579.558

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá, Marzo 24 de 2018
CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

UMB

PERSONERIA JURIDICA RESOLUCION No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
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:

Nancy Carolina Parra Vargas

C.C. No. 52'725.433 Santafé de Bogotá, D.C.

EL TITULO DE

Fisioterapeuta

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.

A LOS 24 DIAS DEL MES Marzo DE 2006

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL

DIRECTOR DE CARRERA

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

PERSONERIA JURIDICA RESOLUCION No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. **21** LIBRO No. **5** FOLIO No. **21**

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:

NANCY CAROLINA PARRA VARGAS

C.C. No. **52725433** **de SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

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

FISIOTERAPEUTA

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS **24** DIAS DEL MES **Marzo** DE **2006**

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

DIRECTOR DE CARRERA

SECRETARIO GENERAL

No. 0927

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NANCY CAROLINA PARRA VARGAS

Con Cedula de Ciudadania No. 52.725.433

Participó en el evento de Divulgación Tecnológica

SENSIBILIZACIÓN Y CONTEXTO EQUIDAD DE GÉNERO

con una duración de 4 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los ocho (8) días del mes de abril de dos mil dieciseis (2016)

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

3361687 - 08/04/2016
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 94030083874CC52725433C.

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
Educadora de educadores

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

La Universidad Pedagógica Nacional

y

La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

Certifican que:

CAROLINA PARRA VARGAS

Identificado con cédula de ciudadanía N. 52.725.433

Cursó y aprobó el Diplomado de

Acciones Basadas en Comunidad

Con una intensidad de 120 horas

Dado en Bogotá D.C. a los 21 días del mes de enero de 2011

JOSÉ WILLIAM CASTRO SALGADO
Jefe División de Asesorías y Extensión
Universidad Pedagógica Nacional

RICARDO ROJAS HIGUERA
Director de Salud Pública
Secretaria de Salud de Bogotá

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

RESOLUCIÓN No. 4974 DE DICIEMBRE 29 DE 2004 DE MINEDUCACION

VICERRECTORIA ACADEMICA

CERTIFICA QUE:

Nancy Carolina Parra Vargas

Asistió

Al Diplomado

"Terapias Alternativas"

con una duración de 120 horas equivalentes a 3 créditos académicos

Vicerrectora Académica

Director Departamento Terapias

Directora del Programa
Fisioterapia

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

NANCY CAROLINA PARRA VARGAS

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52725433

Cursó y aprobó la acción de Formación

BÁSICO ADMINISTRATIVO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Con una duración de 10 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Dos quebradas a los Veintiseis (26) días del mes de Octubre de Dos Mil Doce (2012)

ANDRES AURELIO ALARCON TIQUE
SUBDIRECTOR CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL
REGIONAL RISARALDA

SGCV20124742012

SGCV20124742012 26/10/2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

NANCY CAROLINA PARRA VARGAS

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52725433

Cursó y aprobó la acción de Formación

BIOSEGURIDAD APLICADA A LA COSMETOLOGÍA

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cucuta a los Veintinueve (29) días del mes de Octubre de Dos Mil Doce (2012)

FABIO HUMBERTO GARCIA GOMEZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE LA INDUSTRÍA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
REGIONAL NORTE SANTANDER

SGCV20124748006

SGCV20124748006 29/10/2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

NANCY CAROLINA PARRA VARGAS

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52725433

Cursó y aprobó la acción de Formación

NTIC - NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN APLICADAS A LA FORMACIÓN

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Popayán a los Treinta (30) días del mes de Septiembre de Dos Mil Doce (2012)

CESAR ALVEIRO TRUJILLO SOLARTE
SUBDIRECTOR CENTRO DE TELEINFORMÁTICA Y PRODUCCIÓN INDUSTRIAL
REGIONAL CAUCA

SGCV20124650247

SGCV20124650247 30/09/2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

NANCY CAROLINA PARRA VARGAS

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52725433

Cursó y aprobó la acción de Formación

DISEÑO DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN CON BASE EN COMPETENCIAS

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Barranquilla a los Veintisiete (27) días del mes de Septiembre de Dos Mil Doce (2012)

MIGUEL PEÑA SARA
SUBDIRECTOR CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLANTICO

SGCV20124643370

SGCV20124643370 27/09/2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

NANCY CAROLINA PARRA VARGAS

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52725433

Cursó y aprobó la acción de Formación

INDUCCIÓN A PROCESOS PEDAGÓGICOS

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota d. c. a los Veinticinco (25) días del mes de Mayo de Dos Mil Doce (2012)

GERMAN ANTONIO MENDIETA MENDIETA
SUBDIRECTOR CENTRO DE DISEÑO, METROLOGÍA
REGIONAL BOGOTA

SGCV20124220567

SGCV20124220567 25/05/2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NANCY CAROLINA PARRA VARGAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.725.433

Cursó y aprobó la acción de Formación

EMPRENDEDOR EN MONTAJE DE UNIDADES PRODUCTIVAS EN EL AREA DE MERCADEO, VENTAS Y SERVICIOS

con una duración de 308 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diecinueve (19) días del mes de diciembre de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
JAIME GARCIA DI MOTOLI
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JAIME GARCIA DI MOTOLI
SUBDIRECTOR
CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

7103068 - 19/12/2011
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 930300289330CC52725433C.

SIMPOSIO INTERNACIONAL DE, POLÍTICAS PÚBLICAS EN DEPORTE, RECREACION Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA BOGOTÁ

BOGOTÁ ACTIVA

La Secretaria de Cultura, Recreación y Deporte
CATALINA RAMÍREZ VALLEJO

certifica la asistencia de:

CAROLINA PARRA VARGAS

Al Simposio Internacional de Políticas Públicas en Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá, que se llevó a cabo los días 25 y 26 de noviembre de 2009, en el Salón Presidente del Instituto Distrital de Recreación y Deporte, en Bogotá - Colombia.

Se expide en Bogotá, a los 26 días del mes de noviembre de 2009.

CATALINA RAMÍREZ VALLEJO
Secretaria de Cultura, Recreación y Deporte

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG BOGOTÁ POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

NANCY CAROLINA PARRA VARGAS

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52725433

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD - SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Armenia a los Veinticuatro (24) días del mes de Julio de Dos Mil Siete (2007)

OLGA LUCIA QUINTERO OCAMPO
SUBDIRECTOR CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN
REGIONAL QUINDIO

SGC2007260660 24/07/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION

CERTIFICA

Que NANCY CAROLINA PARRA VARGAS identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 52.725.433 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de EMPRENDEDOR EN MONTAJE DE UNIDADES PRODUCTIVAS EN EL AREA DE MERCADEO, VENTAS Y SERVICIOS con una intensidad horaria de Trescientos Ocho (308) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:
D: Reprobo
A: Aprobo

Se expide en Bogotá, a los diecinueve (19) días del mes de diciembre de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
JAIME GARCIA DI MOTOLI
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JAIME GARCIA DI MOTOLI
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

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 930300289330CC52725433E.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA FACULTAD DE MEDICINA
SERVICIO MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

CERTIFICA QUE

NANCY PARRA

Asistió al XV Curso de Actualización en Medicina Física y Rehabilitación
CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN REHABILITACIÓN DE MANO
con una intensidad de 8 horas.

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de mayo de 2003

DRA. NICOLETTA NOVAK ANGELERI
Jefe Servicio Medicina Física y Rehabilitación

DRA. MARITZA SÁNCHEZ RAMÍREZ
Jefe División de Educación e Investigación Científica

Co. (R) MÉDICO RAFAEL REYES RODRIGUEZ
Director Hospital Militar Central

Cruz Roja Colombiana

Dirección Nacional de Juventud

Brigadas Educativas

La Cruz Roja de la Juventud Colombiana, en virtud que:

Nancy Parra

Ha cumplido con los requisitos establecidos en el Programa de Brigadas Educativas de la Cruz Roja de la Juventud Colombiana le confiere el título de:

Brigadista

Dado en BOGOTA *a los* 12 *días del mes de* DIC. *de 19* 92

Director Cruz Roja de la Juventud

CRUZ ROJA COLOMBIANA JUVENTUD
R. E. P. U. B. L. I. C. A. V.
BRIGADAS EDUCATIVAS

Coordinador Brigadas Educativas

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:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Carolina Parra Vargas 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:

Fisioterapeuta
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: Cédula 52.725.433

Tarjeta profesional No: 52.725433

Dirección de contacto: CL 11A 79A 28

Teléfono: 4242706 - 3125195693

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

C E R T I F I C A:

Que la señora **PARRA VARGAS NANCY CAROLINA** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.725.433 expedida en Bogotá D.C, suscribió con el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, los siguientes contratos de prestación de Servicios personales regulado por la Ley 80 de 1993, modificada por la Ley 1150 de 2007 y sus normas reglamentarias:

No. Del Contrato:	**3316 del 02 de Febrero de 2016**
Objeto:	Contratar la prestación de servicios personales de carácter temporal para impartir formación integral de manera presencial y/o virtual y demás actividades que se deriven de acuerdo a los niveles y especialidades del Centro de Formación de Talento Humano en Salud
Fecha de Inicio:	04 de Febrero de 2016
Término de Ejecución:	El término inicial pactado fue de 5 Meses.
Valor:	El valor del contrato para todos los efectos legales y fiscales fue de Dieciseis Millones Ochocientos Treinta Y Siete Mil Quinientos Cincuenta Pesos M/cte ($16.837.550.oo)

Se expide en la Ciudad de Bogotá D.C. a solicitud del interesado, el 30 AGO 2016

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

Vo.Bo. Myriam C.
Reviso. Leydi O.
IP.16920

Certificado No. SC-CER339681

Certificado No. CO-SC-CER339681

Certificado No. GP-CER339688

Bogotá D.C., Viernes, 29 de enero de 2016

EL HOSPITAL SAN CRISTOBAL E.S.E
NIT 800216538-0

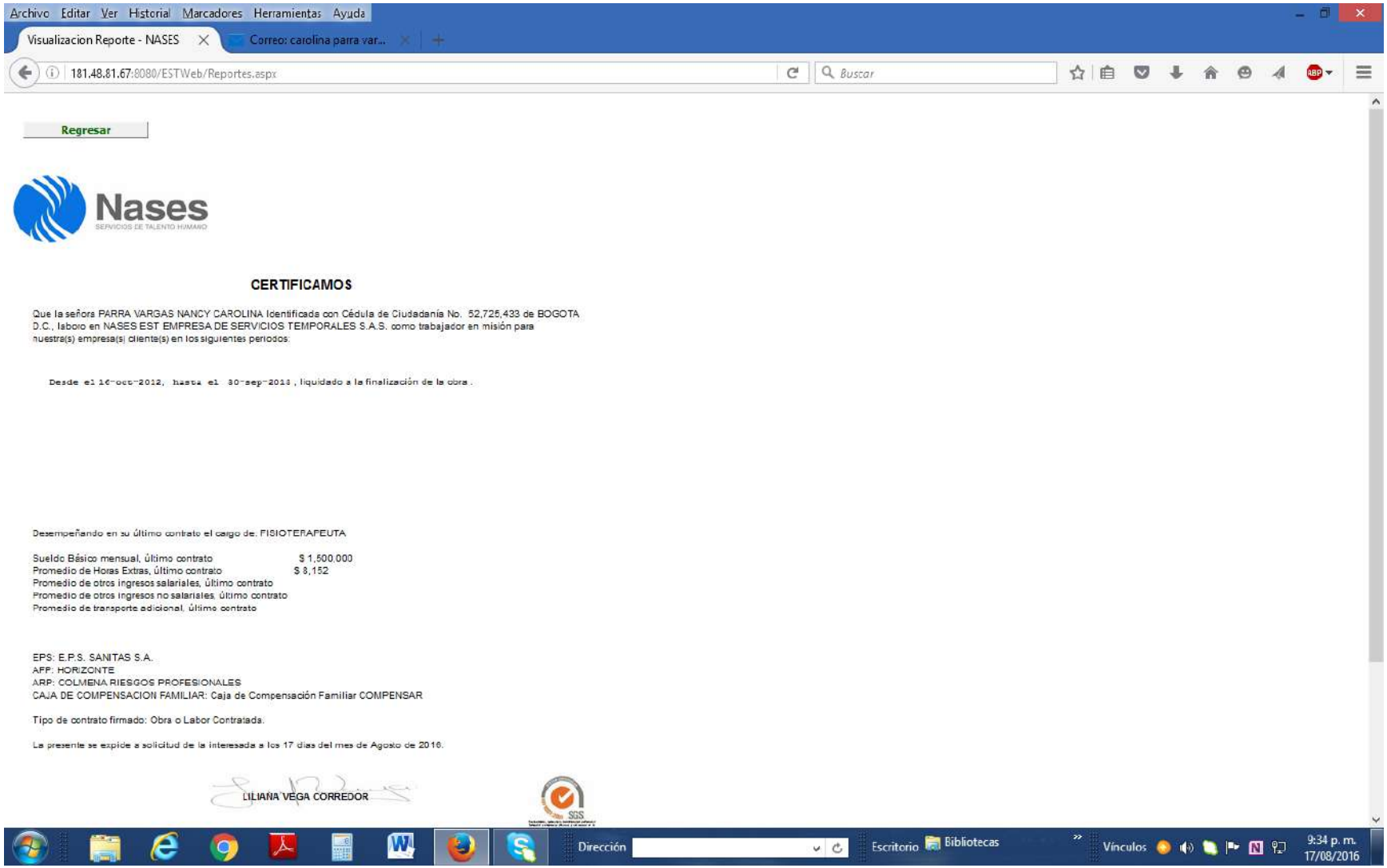
CERTIFICA

Que la Señora NANCY CAROLINA PARRA VARGAS Identificada con Cédula de ciudadanía No. 52.725.433 de BOGOTÁ D.C. presto sus servicios profesionales con un objeto del contrato como APOYO Y SOPORTE COMO FISIOTERAPEUTA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.; en el período comprendido del 20 de Marzo de 2014 hasta el 31 de Enero de 2016 a través de contratos de prestación de servicios.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los (29) días del mes de Enero de dos mil dieciséis (2016) a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Virmary Angela Ortiz Herrera
Líder del Proceso Gestión
Jurídica – Oficina Asesora
Jurídica

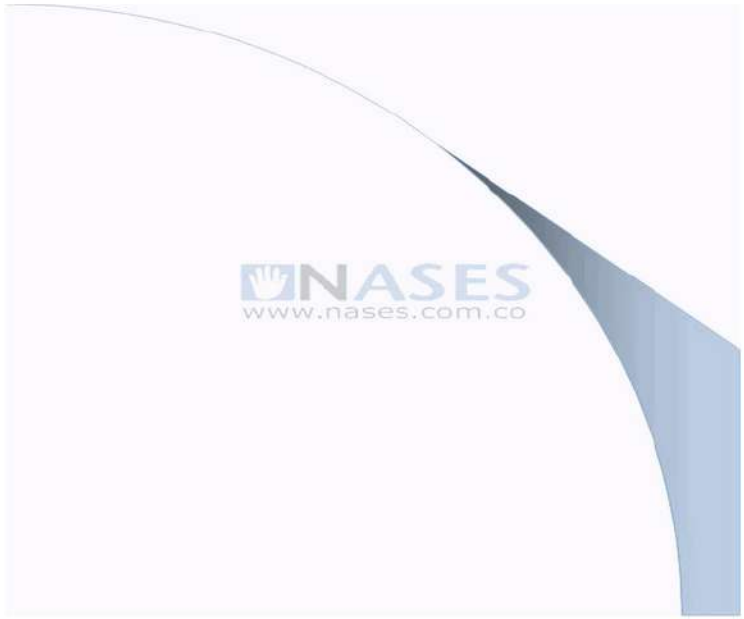

Archivo Editar Ver Historial Marcadores Herramientas Ayuda
Visualizacion Reporte - NASES
Correo: carolina parra var...
181.48.81.67:8080/ESTWeb/Reportes.aspx
Buscar
Regresar
Nases
SERVICIOS DE TALENTO HUMANO
CERTIFICAMOS
Que la señora PARRA VARGAS NANCY CAROLINA Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52,725,433 de BOGOTA D.C., laboro en NASES EST EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES S.A.S. como trabajador en misión para nuestra(s) empresa(s) cliente(s) en los siguientes periodos:
Desde el 16-oct-2012, hasta el 30-sep-2013 , liquidado a la finalización de la obra .
Desempeñando en su último contrato el cargo de: FISIOTERAPEUTA
Sueldo Básico mensual, último contrato $ 1,500,000
Promedio de Horas Extras, último contrato $ 8,152
Promedio de otros ingresos salariales, último contrato
Promedio de otros ingresos no salariales, último contrato
Promedio de transporte adicional, último contrato
EPS: E.P.S. SANITAS S.A.
AFP: HORIZONTE
ARP: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR: Caja de Compensación Familiar COMPENSAR
Tipo de contrato firmado: Obra o Labor Contratada.
La presente se expide a solicitud de la interesada a los 17 días del mes de Agosto de 2016.
LILIANA VEGA CORREDOR
SGS
Dirección
Escritorio
Bibliotecas
Vínculos
9:34 p. m.
17/08/2016

Nuestras empresas | Visualizacion Reporte - NASES

181.48.81.67:8080/NasesWeb/Reportes.aspx

Buscar

Nases
SERVICIOS DE TALENTO HUMANO



CERTIFICAMOS

Que la señora PARRA VARGAS NANCY CAROLINA identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52,725,433 de BOGOTA D.C., laboro en NASES SERVICIOS PROFESIONALES S.A.S prestando sus servicios para nuestra(s) empresa(s) cliente(s) en los siguientes periodos.

Desde el 24-oct-2013, hasta el 21-mar-2014 , liquidado a la finalización de la obra .

Desempeñando en su último contrato el cargo de: FISIOTERAPEUTA

Sueldo Básico mensual, último contrato	$ 1,545,000
Promedio de Horas Extras, último contrato	
Promedio de otros ingresos salariales, último contrato	
Promedio de otros ingresos no salariales, último contrato	
Promedio de transporte adicional, último contrato	

EPS: E.P.S. SANITAS S.A.
AFP: PORVENIR
ARP: ARP COLPATRIA
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR: Caja de Compensación Familiar COMPENSAR

Tipo de contrato firmado: Obra o Labor Contratada.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 31 dias del mes de Enero de 2016.

PEDRO CASTAÑEDA GARCIA

COORDINADOR DE NOMINA

Esta certificación fue expedida a través de un sistema Web. NASES solo verifica certificaciones personalmente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 10:00 a.m.

Dirección | Escritorio | Vínculos | 9:20 p. m. 31/01/2016

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.725.433**

PARRA VARGAS

APELLIDOS

NANCY CAROLINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1980**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

09-MAR-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00796954-F-0052725433-20160303 **0048**764800A 2 1943772698

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14361417401

(415)7707212489984(8020) 000001436141740 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 2 5 4 3 3	7	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 7 2 5 4 3 3	1 9 9 9 0 3 0 9

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
PARRA	VARGAS	NANCY	CAROLINA

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
CL 11 A 79 A 28 TO 15 AP 304 CON PARQUES DE CASTILLA VI

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
carolinaparravargas@hotmail.com		5 1 0 5 6 1 2	3 1 2 5 1 9 5 6 9 3

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
8 6 9 2	2 0 0 7 0 2 0 6	8 5 4 3	2 0 1 6 0 1 2 6			2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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: 2 0 1 6 0 1 2 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre PARRA VARGAS NANCY CAROLINA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

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: 01-02-2016
Hora: 9:14:04 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52725433-7 NANCY CAROLINA PARRA VARGAS

Información General

Dirección CL 11A 79A 28 TO 15 AP 304

Teléfonos 5105612/3125195693

Dirección electrónica carolinaparravargas@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/02/2016

Soporte Inscripción 16195882

Fecha Inicio Actividades 06/02/2007

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # 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: 8543-EDUCACION DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLOGICAS

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000493717

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

NANCY CAROLINA

PARRA VARGAS

C.C 52725433

FISIOTERAPEUTA

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 19/02/2008

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA, D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 8512 *de* 04/09/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza 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) PARRA VARGAS NANCY CAROLINA Identificado(a) con CC número 52725433 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de FISIOTERAPEUTA otorgado por LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN el día 24/03/2006 y registrado en el libro 5 Folio 21 año 2006

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: autorizar a PARRA VARGAS NANCY CAROLINA identificado(a) con CC número 52725433 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de FISIOTERAPEUTA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

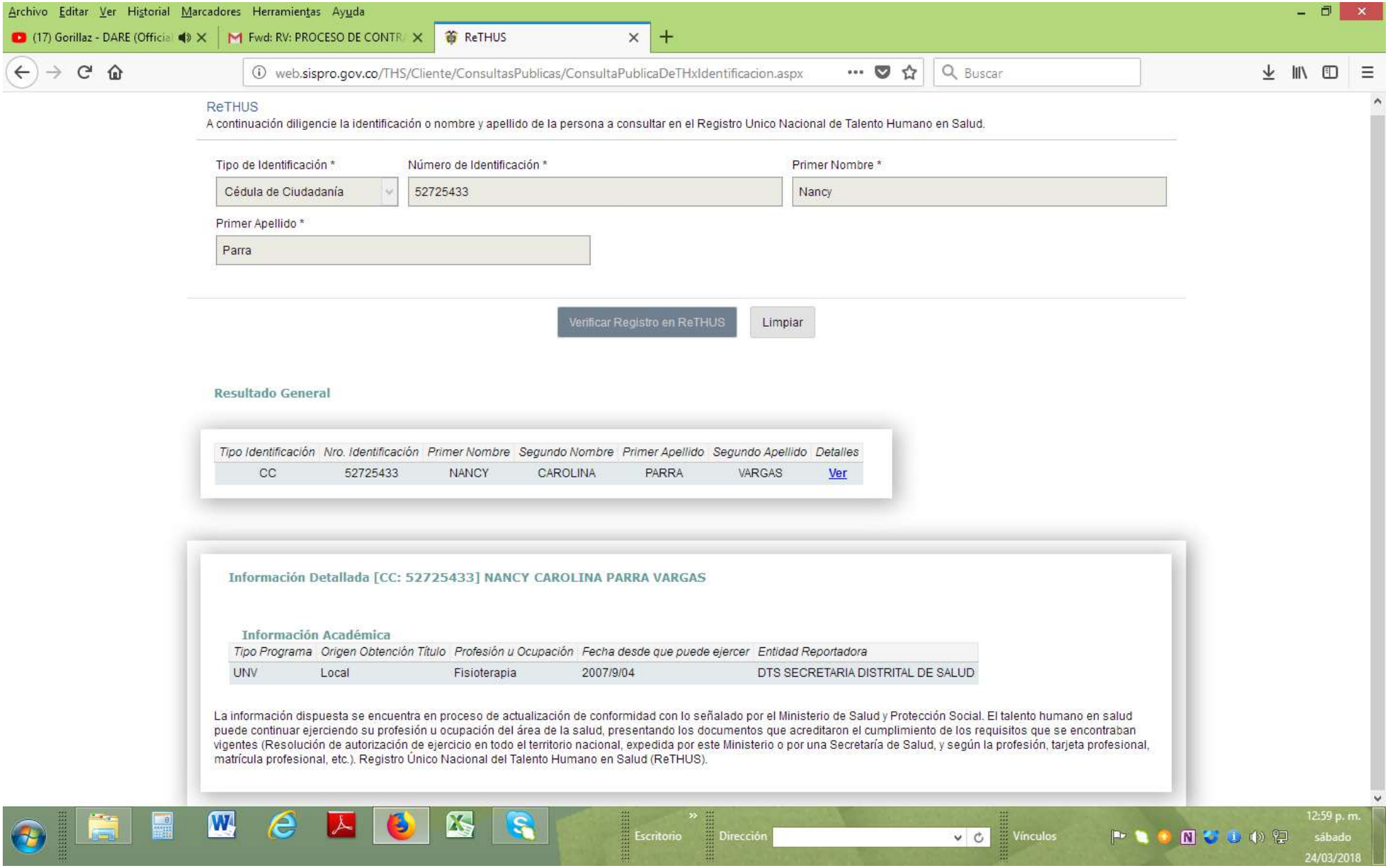
ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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 Bogotá, D.C. a los **04/09/2007**
ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.
Directora de Desarrollo de Servicios.
Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodriguez

Bogotá, D.C 19 Febrero /2008
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Carolina Parra Vargas
CC. # 52 725 433
Firma


Archivo Editar Ver Historial Marcadores Herramientas Ayuda
(17) Gorillaz - DARE (Offici
Fwd: RV: PROCESO DE CONTR
ReTHUS
web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Buscar
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 *
52725433
Primer Nombre *
Nancy
Primer Apellido *
Parra
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General
Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles
CC | 52725433 | NANCY | CAROLINA | PARRA | VARGAS | Ver
Información Detallada [CC: 52725433] NANCY CAROLINA PARRA VARGAS
Información Académica
Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora
UNV | Local | Fisioterapia | 2007/9/04 | 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).
Escritorio
Dirección
Vínculos
12:59 p. m.
sábado
24/03/2018

Biológico	Fecha DD/MM/AAAA	Fabricante y Lote	Validez	Firma Vacunador
Hepatitis B	2 ENE. 2017	3114 1434026.01		Diana
	Rct	Sanofi		
Observaciones:				



n Colombia

onas de riesgo

INTERNACIONAL

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite la transcripción en los sitios autorizados

Clínica Colsanitas S.A.
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres: Yoney Carolina

Apellidos: Toro Vergas

Documento de identidad: TI [ ] CC [X] PA [ ] No 52725433

Fecha de Nacimiento: 29 (DD) 11 (MM) 1980 (AAAA)

Biológico	Dosis	Fecha DD/MM/AAAA	Fabricante y Lote	Firma Vacunador
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	8 NOV 2006		Lidia Liliana Narvaez Ramirez ENFERMERA JEFE
	2	30 DIC 2006		
	3	22 NOV 2010		
	4	Marzo 25/2014		
	5	Cita: marzo 25/15		
Hepatitis B	1	25-Jul-08		
	2	25 MAR 2014		Pedro Miguel Rodriguez B.
	3	11 DIC 2014	Engenx B	

Biológico	Fecha DD/MM/AAAA	Fabricante y Lote	Validez	Firma Vacunador
Sarampión Rubéola				
Varicela				
Fiebre Amarilla				
Neumococo				



Biológico	Fecha DD/MM/AAAA	Fabricante y Lote	Validez	Firma Vacunador
DPTa Celular				
Fiebre Tifoidea				
Influenza				

PAS S.A.S
PROFESIONALES ASISTENTES EN SALUD SAS

PROFESIONALES ASISTENTES EN SALUD
CEL 3202342717- 3144210120

Email: PAS.S.A.S@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD EXAMEN DE INGRESO

FECHA: 28-ENERO-2016	CEDULA:52725433
NOMBRES: NANCY CAROLINA	APELLIDOS : PARRA VARGAS
EMPRESA: PARTICULAR	CARGO: INSTRUCTORA SENA

CUADRO HEMATICO		COPROLOGICO		OPTOMETRIA	
PARCIAL DE ORINA		SEROLOGIA		ESPIROMETRIA	
PERFIL LIPIDICO		ENFASIS DERMATOLOGICO		AUDIOMETRIA	
GLICEMIA		ENFASIS RESPIRATORIO		EXAMEN OCUPACIONAL	X
ELECTROCARDIOGRAMA		ENFASIS CARDIOVASCULAR		ENFASIS	
COLINESTERASA		VISIOMETRIA		ENFASIS PSICOSOCIAL	

Los resultados de los exámenes evaluados fueron consignados en la Historia Clínica Ocupacional de Profesionales Asistentes en Salud SAS y el resultado de aptitud es:

APTA	
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	RECOMENDACIONES ESPECIFICAS
1.Higiene postural y de columna 2.Pausas saludables 3.Control médico ocupacional y especializado	1. Estilo de vida saludable.

El examinado al final deja constancia de haber sido informado por el médico de sus condiciones de salud.

Dra. Johanna M. Carrillo O.
M.D Esp. Salud Ocupacional
RM: 52928483

El Medico ***Nombre y firma Registro No.***

El examinado ***Firma y C.C*** 52.725.433

ACTUALIZADO. COMITÉ HISTORIAS CLINICAS IPS PROFESIONALES ASISTENTES EN SALUD SAS
REVISADO. DRA. JOHANNA MILENA CARRILLO ORTIZ

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

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

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

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

FECHA:	2018-05-30	CIUDAD:	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO:	BOGOTA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PARRA	VARGAS	NANCY	CAROLINA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52,725,433	BOGOTA D.C.	1999-03-09

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

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1980-11-29	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	2	2	3125195693

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 11A 79A 28 T 15 AP 304	BOGOTA	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	4242206

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
carodofra06@gmail.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
VARGAS	RODRIGUEZ	NELSON	ALEXANDER

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79579558	BOGOTA D.C.	1989-12-11	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	8692
		NO ☒	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA SE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										# NIT	900959051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐				
OTRA ☐	CUAL: X										

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 5 43	3444484	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	FISIOTERAPEUTA	FECHA VINCULACION	2018-04-16

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	$ 1.200.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 2.800.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 2.000.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 700.000	VEHICULOS	$ 27.800.000	DEUDA VEHICULOS	$ 8.000.000
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 300.000	PROPIEDADES	$ 80.000.000	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 2.800.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 2.200.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 107.800.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 10.000.000**

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
MORALES	GUTIERREZ	JOSE	WILDER
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KR 102 24 61	BOGOTA/BOGOTÁ/COLOMBIA	AMIGO	3133418399

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	8400711118	OFICINA VEINTE DE JULIO	3383838

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 ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO 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.):

FISIOTERAPEUTA

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 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, 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

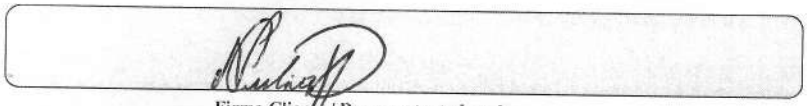
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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



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:		

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52725433
NOMBRES Y APELLIDOS	Parra Vargas,Nancy Carolina
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	06/10/2010
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Parra Vargas,Nancy Carolina, a los 16 días del mes de agosto del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



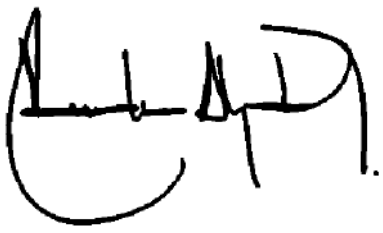
Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **NANCY CAROLINA PARRA VARGAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,725,433**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Agosto de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

52725433	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

NANCY	CAROLINA	PARRA	VARGAS
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

29/11/1980	BOGOTÁ	CL 11A 79A 28	4242206
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

SANITAS	PORVENIR	$2.800.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

FISIOTERAPEUTA	17/04/2017
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

carodofra06@gmail.com	3125195693
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. 113903986

WEB
11:58:37

Bogotá DC, 16 de agosto 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) NANCY CAROLINA PARRA VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52725433:

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 jueves 16 de agosto de 2018, a las 11:57:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52725433
Código de Verificación	527254331808161157 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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2390351

Bogotá D.C., 16 de Agosto de 2018 - 11:54 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., el señor(a) **NANCY CAROLINA PARRA VARGAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES** de BOGOTA D.C.

52725433

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.

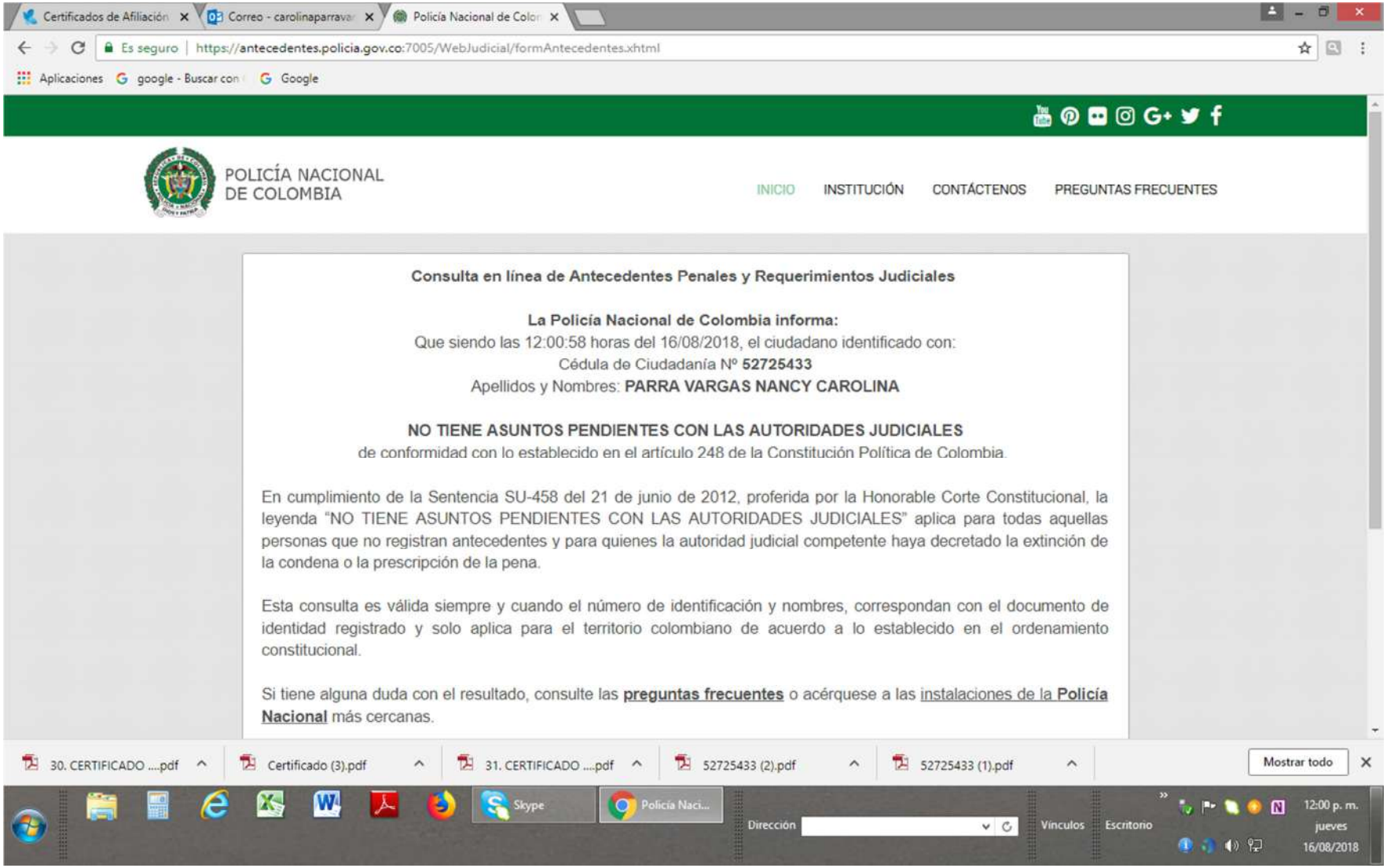
Certificado expedido sin costo alguno.

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: 8_G9GXM_5411
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


Certificados de Afiliación
Correo - carolinaparrava
Policía Nacional de Colo
Es seguro | https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
Aplicaciones
google - Buscar con
Google
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:00:58 horas del 16/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 52725433
Apellidos y Nombres: PARRA VARGAS NANCY CAROLINA
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.
30. CERTIFICADO ....pdf
Certificado (3).pdf
31. CERTIFICADO ....pdf
52725433 (2).pdf
52725433 (1).pdf
Mostrar todo
Skype
Policía Naci...
Dirección
Vínculos
Escritorio
12:00 p. m.
jueves
16/08/2018