



Colombia Compra Ficiente

[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 17:47:16



Buscar por procesos

Menú

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones VMANA ANDREA SALCEDO ARIAS,

VMANA ANDREA SALCEDO ARIAS con el NIT 1033750621 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 >

Buscar...

Id de página:: 14001741 [Ayuda](#)



HOJA DE VIDA

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

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Salcedo	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Arias.	NOMBRES Viviana Andrea
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1033750621	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐	SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO _____ D.M. _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 06 MES 01 AÑO 1993 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá MUNICIPIO Bogotá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cll 58a # 18b-34 sur int 20 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá MUNICIPIO Bogotá TELÉFONO 322484108 EMAIL viviana-93016@hotmail.com

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 02 - 12 - 2011	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	☒	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12	AÑO 2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

RELACIONE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
C (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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO		
T.C.	3	☒		Técnico Auxiliar de Enfermería	07	20	16	1033750621

ESPECIFIQUE 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
Inglés		☒			☒			☒	

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIA LABORAL

REGISTRE 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	
MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			
DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			
DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			
DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			
DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			

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

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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 VERACERES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá. 03. Mayo 2018

[Firma]
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Viviano Andrea Salcedo Arias.

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 1033 750 621. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá.

DIRECCIÓN Cl 58ª # 18b - 34 sur interior 20 TELÉFONOS 322 48 44 108

MUNICIPIO Bogotá. DEPARTAMENTO Bogotá PAÍS Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Nicolas Andres Garzon Salcedo</u>	<u>1027 528 019</u>	<u>hijo.</u>

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 ☒, 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	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

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
<u>Davienviando</u>	<u>Ahorros</u>	<u>009070308508</u>	<u>20 de Julio</u>	<u>5.000</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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 CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

 Bogotá 03-Mayo-2018
 CIUDAD Y FECHA



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

El Colegio San Carlos

Institución Educativa Distrital
Jornada Nocturna

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., según Resolución No. 822 del 14 de Marzo de 2003 que ratifica la Resolución No. 2369 del 14 de Agosto de 2002 y Resolución 730 de Marzo 25 de 2009 de Articulación en la Educación Superior Técnica y Tecnológica

Confiere a :

Viviana Andrea Salcedo Arias

T.I. 930106-16636 de Bogotá D.C.

Certificado de Estudios del
Bachillerato Básico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria, que lo habilita plenamente para ingresar a la Educación Media o al Servicio Especial de Educación Laboral

Nelly Rincón
Rectora

José Alirio Rodríguez
Secretario

Anotado al Folio No. ____ del Libro para Control Interno de Diplomas No. ____

Dado en Bogotá, D.C., el 06 de Diciembre de 2010

Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994, Artículo 11: M.E.N.

La República De Colombia

El Ministerio De Educación Nacional

En su nombre el

Colegio

San Carlos

Institución Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.,
Según Resolución No. 822 del 14 de Marzo de 2003 Que ratifica la
Res. No. 2389 del 14 de Agosto de 2002.

Confiere a:

Salcedo Arias Viviana Andrea

Con C.C. No. 1033750621 de Bogotá, D.C.

El Título de:

Bachiller Académico

Con énfasis en Electrónica Industrial

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

Articolul 28 p 22 de la Lep 115 de 1994.

Mel

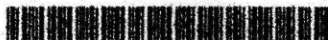
Nella Rincón
C.c. N° 41.601.570 de Bogotá D.C.
Rectora

2/2

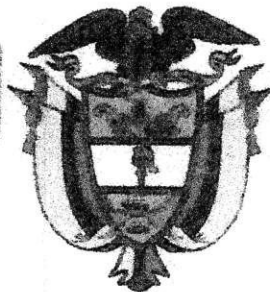
José Alcira Rodríguez
C. r. N° 19.283.330 de Bogotá D. C.
Secretario

Dado en Bogotá D.C., a los 2 días del mes de Diciembre de 2011

No se requiere registro en la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1954, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 3 de Diciembre de 1955. Presidencia de la República.



103375062



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS "FORMATES"

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 900.071.364-4 Acuerdos 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 de enero del 2011, 0102 del 16 de junio del 2011 del Ministerio de protección Social, Resoluciones 110321 del 3 de diciembre de 2010, 110155 del 11 de julio de 2011, 110401 de 9 de diciembre de 2015 emitidas por la Secretaría de Educación Localidad 11 de Suba.

Confiere a:

Viviana Andrea Salcedo Arias

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 4.033.750.621 DE BOGOTÁ

El
Certificado de Aptitud Ocupacional por
competencias Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente.

Intensidad 1609 Horas



BELINDA ORTIZ PEÑA
REPRESENTANTE LEGAL

LIC. CAMILO ALMONTENEGRO G.
DIRECTOR ACADÉMICO

DADO EN BOGOTÁ, D.C., A LOS 09 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2016

ANOTADO EN EL FOLIO 2 DEL LIBRO 3 DEL REGISTRO DE FORMATES



Colegio San Carlos

Institución Educativa Distrital

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital según
Resolución No. 822 del 14 de Marzo de 2003 Ratifica la Res. 2389
Del 14 de Agosto 2002 y Res. De adopción nombre No. 1145 del 10 de Abril de 2002.



Acta Individual de Grado

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los dos (02) días del mes de Diciembre del año 2011 se reunieron los suscritos Rectora y Secretario en la Rectoría del COLEGIO SAN CARLOS INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL, de carácter oficial, debidamente autorizada por la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado once del nivel de Educación Media, para otorgar el título de Bachiller en la modalidad Académica.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica y Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO con énfasis en ELECTRÓNICA INDUSTRIAL al graduando cuyos apellidos, nombres y número de documento de identificación se relacionan a continuación.

Salcedo Arias Viviana Andrea

Documento de identidad No. 1033750621

Es fiel copia del acta General de Grado No. 02-2011 que Consta de cinco (05) hojas con 118 graduandos, comienza con el nombre de Acero Alarcón Marisol y se cierra con el nombre de Zapata Pérez Diego Fernando.

Firmada por: NELFA RINCON, Rectora y JOSE ALIRIO RODRIGUEZ, Secretario.

Dada en Bogotá, D.C., a los 02 días del mes de Diciembre del año 2011.

No se requiere registro en la Secretaría de Educación según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

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

NELFA RINCON
C.C. 41.691.570 Bogotá.
Rectora

JOSE ALIRIO RODRIGUEZ
C.C. 19.285.330 Bogotá.
Secretario



ESCUELA DE FORMACIONES TÉCNICAS "FORMATÉS"

NIT 900.071.364-4 Acuerdos 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 de enero del 2011, 0102 del 16 de junio del 2011 del Ministerio de Protección Social, Resoluciones 110321 del 3 de diciembre de 2010-110155 del 11 de julio de 2011, 110401 del 9 de diciembre de 2015, emitidas por la Secretaría de Educación Localidad 11 de Suba, Educación Para el Trabajo y Desarrollo Humano.

ACTA DE CERTIFICACIÓN

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 3034

ACTA GENERAL No. 036

En la ciudad de Bogotá D.C., a los nueve (09) días del mes de julio de 2016, se reunieron el Director Académico y la Representante Legal, en el aula múltiple con el fin de formalizar: Certificado de Aptitud Ocupacional por competencias Técnico Laboral en: **AUXILIAR EN ENFERMERÍA** a **Viviana Andrea Salcedo Arias** identificado(a) con la C.C. No. 1.033.750.621 de Bogotá. Quien cursó y culminó satisfactoriamente, con una intensidad de 1609 Horas.


BELINDA ORTIZ PEÑA
REPRESENTANTE LEGAL


LIC. CAMILO A. MONTENEGRO G.
DIRECTOR ACADÉMICO

HEALTH TRAINING RESCUE

"CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS"

NIT: 900853760

Certifica que:

VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS

CC: 1033750621

Asistió y aprobó el curso taller

"Advanced Cardiac Life Support ACLS"

Según Resolución 2003 del 28 de Mayo del 2014

Ministerio de Salud y Protección Social

Dado en Bogotá (Colombia)

El 19 de junio del 2016.

Intensidad de 40 horas.


LUIS HERNANDO BUTRAGO A
DIRECTOR CIENTIFICO. H.T.R.

Registro Médico: 11-7821/2007

Médico Cirujano


JUAN CAMILO BARÓN PATIÑO
DIRECTOR NACIONAL H.T.R.

Phits, Revert, Cpi, Brec.
Instructor Sv6, Paa


Lorena Osorio Rojas
LORENA ESPERANZA OSORIO R.
DIRECCION ADMINISTRATIVA
E Enfermería Superior Arandina
Sbv, Paa, Pab, Api

VALIDEZ 2 AÑOS
ACTUALIZAR ANTES DE JUNIO DEL 2018

Art 5.8
Decreto 4909 del 2009
EDUCACIÓN INFORMAL

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres

Certifica que

Viviana Andrea Salcedo Arias

1.033.750.621

Participó en el Curso:

Promoción y Prevención en Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas

Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 27 de febrero de 2017

"El presente certificado no confiere título de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]

José Rafael Domínguez Ayala

Director de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez

Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres



MEJOR

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres

Certifica que

Viviana Andrea Salcedo Arias

1.033.750.621

Aprobó el Curso:

Primer Respondiente para Personal Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas

Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 8 de marzo de 2017

José Rafael Domínguez Ayala

Director de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez

**Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y
Desastres**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

MEJOR
CADA DÍA



EL INSTITUTO DE ENSEÑANZA EN ARTES Y SALUD - IDEAS -
EN CONVENIO INTERINSTITUCIONAL CON FORMATES

CARRERAS TÉCNICAS

Resoluciones 820 Y 2271 De Secretaría De Educación, Acuerdo 43 Y 062 Minsalud

Resolución 110321 Del 3 De Diciembre De 2010, 110155 Del 11 De Julio De 2011 Emitidas Por La Secretaría De Educación
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO



**CONCEDE EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA Y PARTICIPACION
EN EL CURSO DE:**

CIRCULANTE DE SALAS DE CIRUGÍA Y ESTERILIZACIÓN

C.S.C.F.

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (60) HORAS

A

SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA

Identificada con C.C. N° 1.033.760.621 De Bogotá, D.C

Dado en Bogotá, D.C. El día (23), del Mes de Julio de 2016

ANOTADO:

LIBRO:

001

FOLIO:

138

DIRECTOR SECCIONAL

EDUCAMOS Y ORIENTAMOS CON SENTIDO SOCIAL Y PARTICIPATIVO HACIA LA COMUNIDAD

E-MAIL: IDEAS_1DANIEL@HOTMAIL.COM

CEL:3212797006-3133666963

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Formaciones técnicas Formates

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Técnico Auxiliar de Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1033750621Tarjeta profesional No: 1033750621Dirección de contacto: 011 58ª # 18b 34 sur int 20Teléfono: 322 484 4108

REPUBLICA DE
COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE
COLOMBIA

NUMERO **1.033.750.621**
SALCEDO ARIAS

APELLIDOS
VIVIANA ANDREA

NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE
COLOMBIA



REPUBLICA DE
COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

06-ENE-1993

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

07-ENE-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00502472-F-1033750621-20131026

0035604156A 1

1102567244

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

2. Concepto: **01** Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14381014616



(415)7707212489984(8020) 000001438101461 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 3 3 7 5 0 6 2 1

6. DV:

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

(3 2)

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 3 3 7 5 0 6 2 1

27. Fecha expedición:

2 0 1 1 0 1 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá D.C.

0 0

31. Primer apellido

SALCEDO

32. Segundo apellido

ARIAS

33. Primer nombre

VIVIANA

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0

41. Dirección principal

CL 58 A 18 B 34 SUR IN 20

42. Correo electrónico:

viviana-93016@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

2 0 5 9 4 7 5

45. Teléfono 2:

3 1 3 4 0 0 3 2 1

CLASIFICACION

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 7 0 7

Actividad económica

48. Código:

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

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

1 2

7 4 9 0

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	2																

12-Ventas régimen simplificado

Usuarios dueños

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 6 0 7 0 7

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 MANCERA RODRIGUEZ RAFAEL AUGUSTO

985. Cargo: Analista II



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRICTAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 03-05-2018

Hora: 2:04:27 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 1033750621 VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS

Información

Dirección CL 58 A 18 B 34 SUR IN 20
Teléfonos 2059475-3134003216
Dirección viviana-93016@hotmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 03/05/2018
Soporte Inscripción 23426504
Fecha Inicio Actividades 07/07/2016
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO
Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.
Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL
Actividad 3: 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 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 9492 de 12/08/2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994 y Resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA Identificado(a) con CC número 1033750621 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS FORMATES. el día 09/07/2016.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA identificado(a) con CC número 1033750621 expedida en BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 12/08/2016

Original Firmado por:

Anabelle Arbelaez Vélez

Directora de Calidad de

ANABELLE ARBELAEZ VELEZ.

Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó : Sebastián Quiroz L.

Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 16 Septiembre - 16
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Viviana Salcedo Arias
CC. # 1033.750.621 Bta.
Firma



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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1033750621

Primer Nombre *

VIVIANA

Primer Apellido *

SALCEDO

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1033750621	VIVIANA	ANDREA	SALCEDO	ARIAS	Ver

Información Detallada [CC: 1033750621] VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS

Información Académica

Tipo Programa	Origen	Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local			AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016/8/12	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	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	12 sept 2012		
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano	①	24 sept 2015	MSD	San Benito
	②	10 Nov 2016	KOD6912	San Benito

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	12 sept 2012		
Toxide Tétanico Td	1			
	2			
	3	12 Sept 2012		
	4	11 Agosto 2014		
	5	24 sept 2015	MSD	San Benito
	1	22-02-2016	1434221.01	
Contra Hepatitis B	2			
	3			
	R			

VIAL DE 1 DOSIS 0.5 ml
[Vacuna recombinante tetraivalente contra el virus del papiloma humano (Tipos 6, 11, 16 y 18)]
GARDASIL™
PARA USO EXCLUSIVO DE LAS AGENCIAS DE LA ONU
Proteger de la luz. Almacenar a 2-8°C (36-46°F)
Para administración intramuscular.
NO CONGELAR - AGITARSE BIEN
Dosificación: Ver inserto adjunto.

VIAL DE 1 DOSIS 0.5 ml
[Vacuna recombinante tetraivalente contra el virus del papiloma humano (Tipos 6, 11, 16 y 18)]
GARDASIL™
PARA USO EXCLUSIVO DE LAS AGENCIAS DE LA ONU
Proteger de la luz. Almacenar a 2-8°C (36-46°F)
Para administración intramuscular.
NO CONGELAR - AGITARSE BIEN
Dosificación: Ver inserto adjunto.

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Viviana Andrea**

Apellidos: **Salcedo Arias**

Documento de identidad: **C.C.X.T.L. Pasaporte No. 1033750621**

Fecha de Nacimiento: **Día 06 Mes 01 Año 1993**

en Colombia a zonas de riesgo

Internacional de Vacunación

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Viviana Andrea**

Apellidos: **Salcedo Arias**

Documento de identidad: **C.C.X.T.L. Pasaporte No. 1033750621**

Fecha de Nacimiento: **Día 06 Mes 01 Año 1993**

CARNET DE VACUNACIÓN



NIT. 41798614-6 CODIGO PRESTADOR 110010985301

Nombre:	VIVIANA ANDREA
Dirección:	Salcedo Añas
Teléfono:	
H. C.:	1033750621
Entidad Vacunadora	Wander Góngora



CARRERA 21 No. 22-30 SUR - 2° PISO - CEL: 311 587 85 81
Barrio Olaya - Bogotá, D.C. Colombia
blanca.rojas98@hotmail.com

OTRAS	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a.			

VARICELA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1.			

HEPATITIS A	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1.			

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1.			

OTRAS	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a.	03-05-2018	140400002	
	2a.			
	3a.			

VACUNACIÓN
COD. 110010985301
Blanca Rojas

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201

Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaría Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante:	Hospital La Victoria			
Dir :			Nit :	
Fecha	Mayo 3/2018	Cargo:	Auxiliar de Enfermería.	
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico	Retiro	Trabajo en alturas

Trabajador

Apellidos	Salcedo Arias	Nombres	Xiviana Andrea
ID:	1033.750.621	Tel:	322 484 4108
Profesión:	Auxiliar de Enfermería	Sexo	F.
		Edad	25
		Diestro	S.
		Zurdo	

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional	SI	Audiometría		Visiometría	
Radiografía		Electrocardiograma		Espirometría	
Glicemia		Colesterol		Triglicéridos	
Otros					

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones		Puede continuar su labor	
Apto con restricciones que no limitan su labor		Puede continuar con reubicación laboral	
Apto para el cargo	SI	Examen de retiro satisfactorio	
Aplazado por restricciones		Examen de retiro con patología	
Apto para trabajo en alturas.	No	No apto	

Restricciones médicas ocupacionales

No Presenta.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal	SI	Valoración por:	
Hacer pausas activas.	SI	Reubicación laboral temporal.	
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio.	SI	Rehabilitación ocupacional.	
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica		Realización de pruebas complementarias	
Otras			

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL.
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. N° 15006/2015 S.D.S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

C.C. 1033.750.621

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.



Instituto de Enseñanza en Artes y Salud en convenio Institucional con Formates Carreras Técnicas

En convenio interinstitucional con FORMATES / MIT: 900.071.564-4. Acuerdos 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 de 21 de mayo de 2009, 0015 del 21 de enero del 2011, 0102 del 10 de junio del 2011. Del ministerio de protección social. Resoluciones 110321 del 5 de diciembre de 2010, 110135 del 11 de julio de 2011, emitidas por la secretaria de educación localidad II de suba "educación para el trabajo y desarrollo humano"

Certifica que

Viviana Andrea Salcedo Arias

D.I. No. 1.033.750.621

Cumplió todos los Requisitos Académicos y Legales en el

Curso en

"Soporte Básico de Vida"
BLS

con una intensidad horaria de 40 horas Teórica Practico registrado en la ciudad de Bogotá D.C.
del 2 al 6 de Mayo de 2010



Para verificación de título favor citar libro y folio a

intelsalud@gmail.com 313 2767628 • ideas_1donet@hotmail.com 321 2797008

Educamos y Orientamos con Sentido Social y Participativo hacia la Comunidad

HEALTH TRAINING RESCUE

"CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS"

NIT: 900853760

Certifica que:

VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS

CC: 1033750621

Asistió y aprobó el curso taller

"Advanced Cardiac Life Support ACLS"

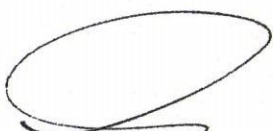
Según Resolución 2003 del 28 de Mayo del 2014

Ministerio de Salud y Protección Social

Dado en Bogotá (Colombia)

El 19 de junio del 2016.

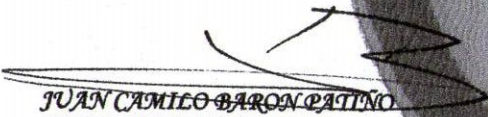
Intensidad de 40 horas.


LUIS HERNANDO BUIRAGO A

DIRECTOR CIENTIFICO. H.T.R.

Registro Médico: 11-7821/2007

Médico Cirujano


JUAN CAMILO BARÓN PATIÑO

DIRECTOR NACIONAL H.T.R.

Phils, Revert, Cpi, Brec.

Instructor Sov, Paa


Lorena Osorio Pardo

LORENA ESPERANZA OSORIO R.

DIRECCION ADMINISTRATIVA

E Enfermería Superior Arcandina

Sbv, Paa, Pab, Apü

VALIDEZ 2 AÑOS

ACTUALIZAR ANTES DE JUNIO DEL 2018

Art 5.8

Decreto 4909 del 2009

EDUCACIÓN INFORMAL

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

FECHA: 03-05-2018 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá

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: Salcedo SEGUNDO APELLIDO: Arias PRIMER NOMBRE: Viviana SEGUNDO NOMBRE: Andrea

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1033950671 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): Bogotá. 07-01-2011

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 06-01-93 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ PERSONA A CARGO: / NUMERO DE HIJOS: / TELEFONO CELULAR: 3224844108

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADÉMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ CUAL: / OFICIO: Auxiliar de Enfermería

DIRECCION RESIDENCIA: Cl 58A # 185 - 34 501 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 2059495

CORREO ELECTRONICO: viviana.93016@hotmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: / TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: / SEGUNDO APELLIDO: / PRIMER NOMBRE: / SEGUNDO NOMBRE: /

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

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: / ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACION ALIDAD: /

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☒ ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: Sub red Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRA ☐ CUAL: Salud # NIT: 900959051-7

DIRECCION DE LA EMPRESA: Dg 34 # 5-43 TELEFONO: 57 - (3444484) CIUDAD/MUNICIPIO: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá PAIS: Colombia

CARGO ACTUAL: Auxiliar de Enfermería FECHA VINCULACION: 18-07-2018

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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



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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1.492.000	GASTOS FAMILIARES	700.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	350.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1.492.000	TOTAL EGRESOS	1.250.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte debe ser residente en territorio laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bustos	Soto	Enner	Florencio
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Soacha.	Bogotá.	Amigo.	3132254251

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Daviplenda	Cuenta de Ahorro	009070308508	Calle 1ª con Cra 50	3383888

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
Daviplenda	Cuenta de Ahorro	009070308508			

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Auxiliar de Enfermería

- 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)
- 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.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Asalariado:** Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
- Pensionado:** Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
- Profesional Independiente/Contratistas por OPS:** Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
- Socios Empresas:** Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante
- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 - Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 - Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 - Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 - Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 - Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
- NOTA:** Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de 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, teléfono 344 44 84, e-mail sarlaft@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.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

Viviana Andrea Salcedo Arias

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre del funcionario o Asesor:	
4. Lugar de la Entrevista:	
5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐
7. Firma y Cédula	

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre y Cargo de quien verifica:	
4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:	
6. Firma y cédula:	

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) **VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS** identificado(a) con CC 1033750621 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1ª COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 05/08/2017

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO QUIROGA

Categoría: A

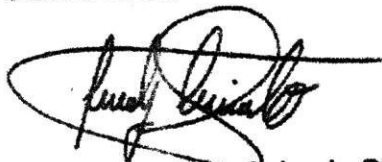
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 06 días del mes de abril del año 2018.

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.



NIT 830.003.564-7



* 06 1834238 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación

03 05 2018

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia Beneficiario o afiliado adicional	B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	4. Tipo de afiliado A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)
--	--	--	--	--	---	------------------------------------

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

6. Apellidos y nombres	Salcedo	Armas	Viviano	Andrea
7. Tipo de documento de identidad	cc	8. Número del documento de identidad	1033750621	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento	06 01 1993	11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ ☐ ☐ Condición ☐ ☐ ☐	13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	Proteccion	2059475
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	20. Dirección	2059475	3224894108
20. Dirección	20. Dirección	20. Dirección	20. Dirección	20. Dirección
20. Dirección	20. Dirección	20. Dirección	20. Dirección	20. Dirección

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

19. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento	D D M M A A A A
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	
31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Tipo ☐ ☐ ☐ Condición ☐ ☐ ☐	Municipio / Distrito	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	Viviana Salcedo Armas	36. Tipo de documento de identificación	cc	37. Número del documento de identificación	1033750621	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación	2059475	Viviano - 93016@hotmail.com	Bogotá	Bogotá		

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	D D M M A A A A
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	46. Fecha novedad	D D M M A A A A

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA** identificado(a) con CC número **1.033.750.621** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de octubre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de abril de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute

Dirección servicios transaccionales para clientes

Protección S.A.

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

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018040616351

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES

ARL

| **sura** 

VIVIANA ANDREA
SALCEDO ARIAS

C.C 1033750621

Nit N900991912

Afiliado DEPENDIENTE

Empresa EMERCARE IPS SAS



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 109322628



WEB

16:39:55

Hoja 1 de 01

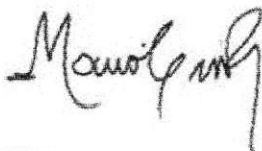
Bogotá DC, 03 de mayo del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033750621:

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.

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 06 de abril de 2018, a las 16:21:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUESTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033750621
Código de Verificación	1033750621180406162155

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



Bogotá D.C., 6 de Abril de 2018 - 16:29 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS VEINTIUN**

1033750621

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMIN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica (E)

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **4_ZC5_2916**

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:24:05 horas del 06/04/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1033750621**

Apellidos y Nombres: **SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.

Volver al Inicio



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/05/03

Por medio de la presente hacemos constar que la señora VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS
con Cédula de Ciudadanía número 1033750621
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 009070308508

Fecha Apertura 2017/12/01

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1033750621.

Numero de Documento

Sura.

ARL

Viviana.

Primer Nombre

Andrea.

Segundo Nombre

Salcedo

Primer Apellido

Arias

Segundo Apellido

06 - Enero - 1993

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá.

Ciudad de Nacimiento

int 20

cll 58a # 18b - 34 sur

Dirección de Residencia

205 94 75

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Protección.

AFP - Pensiones

\$ 1.524.600

Honorarios

Auxiliar de Enfermería.

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

viviana-93016@hotmail.com.

Correo Electrónico

3224844 108

Celular



Firma del Afiliado



Firma y Nombre Supervisor del Contrato

c.c.

52284277 Stá

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113940074



WEB
08:04:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilitación (SIRI), el(la) señor(a) VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033750621:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113940074



WEB
08:04:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilitación (SIRI), el(la) señor(a) VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033750621:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

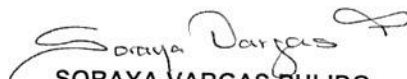
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 17 de agosto de 2018, a las 07:58:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033750621
Código de Verificación	1033750621180817075847

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



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1



Bogotá D.C., 17 de Agosto de 2018 - 8:04 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: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS VEINTIUN**

1033750621

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_SER4I_048
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



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 08:06:18 horas del 17/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1033750621

Apellidos y Nombres: **SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de
lunes a viernes de 8:00 am -
12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al
Ciudadano - Bogotá D.C. (571)
5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910
112
Requerimientos ciudadanos
24 horas