

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 14:01:35

Brianny Karina Or...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página:: 14005862 Ayuda

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Femenino
Cargo	
Título	
Nombre completo	
Nombre y apellido	Brianny Ortega Quintero
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1013637639
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	
Código postal	
Estado	
Municipio	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	brortega@uan.edu.co

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-jul-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ORTEGA	QUINTERO	BRIANNY KARINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1013637639	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 4 MES ENE AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 14 bis numero 4- 47 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3928355

EMAIL brortega@uan.edu.co

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 BASICA											TITULO Bachiller Academico				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2008	
										X					

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	12	X		MEDICINA	1	2019	1013637639

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ESPECIALIDAD EN EPIDEMIOLOGIA	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA	2021	7000

DOMINIO DE IDIOMAS

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		X			X			X	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ginecologialavictoria@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 3444484	*FECHA DE INGRESO* DIA 8 MES 4 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Contrato	*DEPENDENCIA* Ginecologia y Obstetricia		*DIRECCIÓN* Diagonal 34 # 5 -43 Sede administrativa

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	2	3
Total	2	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-jul-2021

Bogotá D.C. - 31-jul-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

380478

Página 3 de 3

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-jul-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1013637639 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección carrera 14 bis numero 4- 47 sur **Teléfonos**3223980185 3928355

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Teodoro Ortega Soto	13480007	Padre
Martha Edith Quintero Jimenez	60349138	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 4.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 45.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 49.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
				$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
icetex	credito estudiantil	$ 50.000.000,00

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-jul-2021

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 31-jul-2021

CIUDAD Y FECHA

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 04 de Enero de 2021

Cordialmente,

C.C. 1.013.637.639

Scanned by TapScanner

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 04 de Enero de 2021

Cordialmente,

C.C. 1.013.637.639

Scanned by TapScanner

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

_____

_____

_____

Nombre: Brianny Karina Ortega Quintero

Documento: 1.013.637.639

Cargo: Médico General Hospitalaria

Fecha: 04 - Enero - 2021

Scanned by TapScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERÍA JURÍDICA 4571 DE 1977

UAN
UNIVERSIDAD
ANTONIO NARIÑO
VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONFIERE EL TITULO DE

MEDICO

A

Brianny Karina Ortega Quintero

C.C. No. 1.013.637.639 de Bogotá D.C

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS 25 DIAS DEL MES I DE 2019

RECTOR

VICE RECTOR ACADEMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 2-22 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 29

BOGOTÁ, D.C. 28 DE I DE 2019

No. 51868

ELABORÓ

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

Colegio Externado Nacional Camilo Torres

Institución Educativa Distrital

(Antes Externado Nacional Camilo Torres)

Autorizado mediante Resolución No. 7476 del 19 de noviembre de 1998, Resolución de Integración No. 2518 del 27 de agosto de 2002 y Resolución No. 03-001 del 24 de noviembre de 2008 de la Dirección de Educación Local

Confiere a:

Brianny Karina Ortega Quintero

T.I. 93011406950 de Bogotá D.C.

El Título de:

Bachiller Académico

con énfasis en

Desarrollo Empresarial con Procesos Industriales

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes

RESPONSABILIDAD EVOHE EXTERNADO TORRES CAMILO NACIONAL

Luis Eduardo Abuendrales Madera
Rector

Diego Bernando Fajardo F.
Secretario

Anotado en el folio ..... del libro para control interno de diplomas No. 6

Dado en Bogotá a los 27 de noviembre de 2009

No requiere registro de 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

DigiPAC

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No. 4571 de 1977 del Ministerio de Educación Nacional

VIGILADA MINEDUCACIÓN

ACTA DE GRADO NUMERO 51868

El Rector de la Universidad, el Decano de la facultad y el Secretario General, teniendo en cuenta

Que el estudiante **BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO**

Con cédula de ciudadanía No. 1.013.637.639 de Bogotá D.C

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de **MEDICINA**

De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de:

MEDICO

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de grado, en la ciudad de Bogotá a los 25 días del mes de ENERO de 2019

VICTOR HUGO PRIETO
RECTOR

JORGE EDUARDO CARO CARO
DECANO

MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 2-22 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 29

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCION EDUCATICA DISTRITAL

COLEGIO EXTERNADO NACIONAL CAMILO TORRES

(ANTES EXTERNADO NACIONAL CAMILO TORRES)

CARRERA 7· NO. 33-64 • TELÉFONO: 338 02 21 EXT 101 • BOGOTÁ D.C.

JORNADA MAÑANA

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de 2008 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de la **INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL COLEGIO EXTERNADO NACIONAL CAMILO TORRES.** Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO;** según Resolución No. 7476 del 19 de noviembre de 1998 y Resolución No. 2518 del 27 de agosto de 2002 y Resolución No. 03-001 del 24 de noviembre de 2008 de la Dirección Local.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

con énfasis en Desarrollo Empresarial con Procesos Industriales

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Brianny Karina Ortega Quintero

T.I. 93010406950 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del acta original General No. 18 del veintinueve (29) de noviembre de 2008, consta de 261 estudiantes graduados, comienza con el nombre de ACELAS ALBARRACIN CINDY y cierra con el nombre de ZULUAGA SAAVEDRA NESTOR.

Firmada por **Lic. LUIS EDUARDO ALMENDRALES VIADERO** (Rector) y **DIEGO HERNANDO FAJARDO FAJARDO** (Secretario)

Dada en Bogotá D.C., a los veintinueve (29) días del mes de noviembre del 2008.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7°. Del Decreto 180 de 1981.

Rector
Lic. LUIS EDUARDO ALMENDRALES VIADERO
C.C. No. 12.577.855 del Banco, (Mag)

Secretario
DIEGO HERNANDO FAJARDO F.
C.C. No. 79.261.691 de Bogotá D.C.

NO REQUIERE SER REGISTRADO EN LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN SEGÚN DECRETO NO.921 DEL 6 DE MAYO DE 1.994 Y 2150 DEL 5 DE DICIEMBRE DE 1995; DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

"Una Contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"
Aprobada por el Ministerio de la Protección Social Según Acuerdo 04 de Noviembre 30 de 1993 y 118 de Diciembre 23 de 2008 y Resolución 1535 de Abril 14de 1994, No. 028 de septiembre 03 de 1998, No. 5069 del 17 de Diciembre de 2007, No. 15-083 de Febrero 11 de 2010, No. 15-020 de Abril 1 de 2011, No. 15-022 de Agosto 12 de 2015, de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Certifica que:

BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO

Identificada con documento de Identidad No. 1.013.637.639 de BOGOTA D.C.

Aprobó el:

CURSO DE CODIGO BLANCO (VIOLENCIA SEXUAL)

Se firma en Bogotá D.C., a los 2 días del mes de febrero de 2019.

Director

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.013.637.639				positiva
Numero de Documento				ARL
Bnarny	Karina	Ortega	Quntero	
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
04/01/1993	Bogotá	Carrera 11 bis #1-47 Sur		
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo	
Sanitas	Colpensiones	$		
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios		
Médico Hospitalaria				
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato		
brortega@uan.edu.co		3223980185		
Correo Electrónico		Celular		

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

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

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Antonio Nariño

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Brianny Karina Ortega Quintero 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 t o académico como:

Médico General

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1.013.637.639

Tarjeta profesional No: 1013637639

Dirección de contacto: Cra 14 bis # 4-47 sur

Teléfono: 3223980185

Scanned by TapScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ORTEGA	QUINTERO	BRIANNY KARINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1013637639

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMER CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 4 MES ENE AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 14 bis numero 4- 47 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3928355

EMAIL brortega@uan.edu.co

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 BASICA											*TITULO* Bachiller Academico				
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*				
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2008	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICAESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Universitaria	12	X		MEDICINA	1	2019	1013637639

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-ene-2021

DOMINIO DE IDIOMAS

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		X			X			X	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ginecologialavictoria@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 8 MES 4 AÑO 2019	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contrato	Ginecologia y Obstetricia	Diagonal 34 # 5 -43 Sede administrativa

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	1	9
Total	1	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 16-ene-2021

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-ene-2021



Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.637.639**

ORTEGA QUINTERO

APELLIDOS

BRIANNY KARINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-ENE-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-ENE-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00283730-F-1013637639-20110310 **00260**91597A 2 36039714

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

Modelo Unico de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14501840572

(415)7707212469984(8020) 000001450184057 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1013637639	9	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1013637639	2011 01 17

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTEGA	QUINTERO	BRIANNY	KARINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla: PN

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 14 BIS 4 47 SUR

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
www.kari04@hotmail.com		4092040	3142890612

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
8621	2019 02 27							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2019 02 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

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

984. Nombre: GARCIA VARELA RUTH NANCY
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 27-02-2019 03:56:13PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

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

Fecha 01/03/2019

CONTRIBUYENTE C.C. 1013637639 BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 14 BIS 4 47 SUR Teléfonos: 3142890612

Dirección electrónica: www.kari04@Hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripcion: 01/03/2019 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 27/02/2019 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86211 - Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública y privada que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

SGS


La salud es de todos
Minsalud
COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO
C.C. 1013637639
MEDICO
Universidad Antonio Nariño
Bogotá D.C.
Grado: 25/01/2019
Rethus: 05/02/2019


Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 P.H.
info@colegiomedicocolombiano.org
Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Resultado del primer proceso de asignación de plazas servicio social obligatorio de 2019

Ministerio de Salud y Protección Social <sso@minsaludgov.co> 17 ene. 2019 18:46

Señor(a), ORTEGA QUINTERO BRIANNY KARINA

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, agradece su participación en el primer proceso de asignación de plazas de servicio social obligatorio de 2019

De acuerdo al cronograma establecido, la asignación se realizó el 17 de enero de 2019, en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, en la ciudad de Bogotá D.C., en el marco de las disposiciones legales y normativas vigentes. A continuación se presenta el resultado:

“Al profesional no le fue asignada una plaza de Servicio Social Obligatorio”.

En consecuencia, se entiende que ha cumplido con las normas que regulan el Servicio Social Obligatorio y podrá tramitar su inscripción en el ReTHUS y la expedición de su tarjeta de identificación única, […] dentro del tiempo comprendido entre el proceso al cual se inscribió y el siguiente proceso de asignación” (Resolución 2358 de 2014, art. 13), ante el (la) Colegio Médico Colombiano.

La información de contacto del (de la) Colegio Médico Colombiano es la siguiente:

Sitio web: www.colegiomedicocolombiano.org
Dirección de correspondencia: Carrera 18 C No. 121 - 40 Oficina 201)
Teléfonos: (571) 4890033; (571) 2140215; (57) 3112084375
Correo electrónico: asistente@colegiomedicocolombiano.org; info@colegiomedicocolombiano.org

Es importante recordarle que para laboral en el territorio nacional es necesario realizar el proceso anteriormente descrito, si no lo cumple estaría haciendo una práctica ilegal de la profesión.

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Tel 3305000 Ext. 8009

Información Detallada [CC: 1013637639] BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO

2019-02-28→1:11:56 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	MEDICINA	2019/2/05	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

C101363763900039010

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO**, identificado(a) con C.C. No. 1013637639 y T.P. o R.M. No. 1013637639 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene 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 quese encuentren vigentes en dicho momento.

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el sábado 31 julio 2021 a solicitud del(a) interesado(a).

GERMÁN GAMARRA HERNANDEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Brianny
Apellidos: Ortega
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 9301010695C
Fecha de Nacimiento: Día 04 Mes 01 Año 1993

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

"POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO"

Inmunosalud
PBX: 211 9289
Cel.: 310 23[illegible]
SEDE PRINCIPAL
Cra. 15 No. 51-14 Piso 2
Bogotá, D.C.
inmunosalud@outlook.com
www.inmunosalud.com

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
Consulte nuestra línea de vacunación en:
www.inmunosalud.com
Brianny Karina Ortega Quintero
CC 1013637639

VACUNA	DOSIS	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
INFLUENZA	1ra DOSIS			
VARICELA	1ra DOSIS			
NEUMOCOCO	1ra DOSIS			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGOCOCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIGRIPAL	1			
	2			
	R			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA
NIT. 900.160.179-1
Cod. del Prestador 1100117560
AUTORIZADO POR SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
IPS
Nº 5969
NOMBRE: BRIANNY KARINA ORTEGA
IDENTIFICACIÓN: 1013637639 SEXO: F
FECHA DE NACIMIENTO: 04-01-93 TEL. 3142810612
696 7246 320 346 7063 304 219 5009
www.vacunacionmundosalud.com
Cra. 20 No. 27-106 Sur, Barrio Olaya

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	MAYO 07 2012		
Toxoide Tetánico	1	Mayo 07 2012		
Diftérico Td	2	Mayo 07 2012		
	3	16 JUL 2012		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	13 JUN. 2012		
	2	16 JUL. 2012		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

VACUNA	DOSIS	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	1043021	01 FEB. 2019	
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A				
HEPATITIS B				

NOMBRE: Brianny Karina Ortega Quintero
¡Vacunate!
Es protección para tu salud y requisito para tu práctica laboral.

VACUNA	DOSIS	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
	4 DOSIS	02273	01 FEB 2019	Inmunosalud
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1	04 FEB 2019		IPS MUNDO SALUD
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

16 DE DICIEMBRE DEL 2020

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS IPS SAS

CONCEPTO:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

- **DATOS PERSONALES**

PACIENTE:	**BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO**
EDAD:	**27 AÑOS**
DOCUMENTO:	**1013637639**
PROFESION:	**MEDICO GENERAL**
EPS:	**SANITAS**

- **DATOS DE LA EMPRESA:**

SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Actividad específica y Puesto de Trabajo: MEDICO GENERAL HOSPITALARIO
Afiliación del trabajador: CONTRATO POR OPS

- **ANTECEDENTES OCUPACIONALES:**

ESCOLARIDAD	**UNIVERSIDAD (GRADUADO)**
RH	**O+**
HIJOS	**NO**
HA TRABAJADO ANTERIORMENTE	**NO**
USA EPP	**SI**
CUALES	**TAPABOCAS Y GAFAS DE SEGURIDAD**

- **ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL:**

¿HA PRESENTADO ENFERMEDAD LABORALES?	**COVID 19**
¿HAN SIDO REPORTADOS A ARL?	**SI**
DIAS DE INCAPACIDAD **¿SECUELAS?** **¿TRAE HISTORIA CLINICA?**	**14** **NO** **NO**

- **ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS**

ESQUEMA DE VACUNACION:	**AL DIA PARA EDAD**
TRAE CARNET:	**SI**
ULTIMA VACUNA:	**TRIPLE VIRAL (SARAMPION RUBEOLA)**

- **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

CARDIOPATIAS	**NO**
DIABETES	**NO**
HIPERTENSION	**NO**
ENFERMEDADES MENTALES	**NO**
ASMA	**NO**
OTRAS	**CANCER (ABUELOS PATERNOS Y MATERNOS), EPOC.**

- **ANTECEDENTES PERSONALES:**

PATOLOGICOS	**NO**
QUIRURGICOS	**APENDICECTOMIA (2015)**
FARMACOLOGICOS	**NO**
ALERGICOS	**AMOXACILINA**
PSIQUIATRICOS **OTROS**	**DEPRESION LEVE**

- **ANTECEDENTES GINECO/OBSTETRICOS:**

MENARQUIA	**12 AÑOS**
FUR	**27 / 11 / 2020**
OBSTETRICOS	**G 0**
PLANIFICACION	**NO**
FUC	**2018 – NORMAL**
QUIRURGICOS	**NO**

- **REVISION POR SISTEMAS: NO REFIERE**

Síntomas que manifiesten el trabajador, forma y tiempo de inicio.	**NO**
Síntomas que el trabajador relacione a su trabajo.	**NO**
Evolución en el tiempo de los síntomas.	**NO**
Síntomas mejoran o empeoran al estar en su casa o en el trabajo.	**NO**
En el trabajo existen otros trabajadores con la misma sintomatología.	**NO**

- **EXAMEN FISICO**

SIGNOS VITALES DE TA: 108/65 FC: 86 FR: 17 T°: 36.2 SO2: 94 AL 21 % PESO: 65 KG TALLA: 1.68 CM PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, TORAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS NO AGREGADOS PULMONARES, ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA NI SUPERFICIAL O A NIVEL DE ANEXOS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, GENITOURINARIO NO SE EXPLORA NEUROLÓGICO: ALERTA COSCIENTE ORIENTADA EN 3 ESFERAS. SIN APARENTE DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

- **EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

1. AUDIOMETRÍA	**BILATERAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES**
2. EXAMEN PESQUICIA VISUAL	**DENTRO DE PARAMETROS NORMALES**
3. EXÁMENES TOXICOLÓGICOS (DE ACUERDO AL RIESGO DE EXPOSICIÓN)	**NO SE REALIZA**
4. BIOMETRÍA SANGUÍNEA.	**NORMAL**
5. BIOQUÍMICA SANGUÍNEA.	**NORMAL**
6. GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO (SI NO SE TIENE LA INFORMACIÓN).	**O+**
7. OTROS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS AL RIESGO DE EXPOSICIÓN, INDICADOS A CRITERIO DEL MÉDICO OCUPACIONAL Y DE ACUERDO A LAS GUÍAS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES.	**NO SE REALIZA**

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CONCLUYE DETERMINANDO:

• APTO: TRABAJADOR SANO O CON HALLAZGOS CLÍNICOS QUE NO GENERAN PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL NI LIMITAN EL NORMAL EJERCICIO DE SU LABOR. **XXX**

• APTO CON RESTRICCIONES: TRABAJADOR QUE A PESAR DE TENER ALGUNAS PATOLOGÍAS, PUEDE DESARROLLAR LA LABOR HABITUAL TENIENDO CIERTAS PRECAUCIONES, PARA QUE ESTAS NO PONGAN EN RIESGO SU SEGURIDAD, DISMINUYAN SU RENDIMIENTO, O PUEDAN VERSE AGRAVADAS DEBEN SER INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA ESPECÍFICOS.

• NO APTO: TRABAJADOR QUE POR PATOLOGÍAS, LESIONES O SECUELAS DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES TIENEN LIMITACIONES ORGÁNICAS QUE LES HACEN IMPOSIBLE LA LABOR EN LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE ESTÁ PLANTEADA DENTRO DE LA EMPRESA.

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD, A LA CUAL SE LE REALIZA EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, CONCEPTO GENERADO Y APOYADO EN EL ESTADO FÍSICO E INTERROGATORIO AL PACIENTE DURANTE LA CONSULTA, EN LA VALORACIÓN SE INDICAN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES DE CUIDADO PERSONAL, MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO.

1) MANTENER HIGIENE POSTURAL EN LOS DIFERENTES LUGARES DE TRABAJO.
2) REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y PASIVAS, ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE JORNADA LABORAL.
3) TENER HIGIENE DEL SUEÑO.
4) REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS-FÍSICAS ACORDE A LA CONDICIÓN ACTUAL DEL PACIENTE.
5) USO SIEMPRE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, INDICAR CUANDO ALGÚN ELEMENTO ESTE FALLANDO.
6) LLEVAR HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN ÓPTIMOS ACOMPAÑADOS DE HIDRATACIÓN PREFERIBLEMENTE AGUA.
7) REALIZAR CONTROL ANUAL DE CITOLOGÍA EN SU RESPECTIVA ENTIDAD PROMOTORA DE SERVICIOS DE SALUD.
8) REALIZAR 2 A 3 VECES POR SEMANA AUTOEXAMEN DE MAMA Y REPORTAR ANTE SU ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SI EVIDENCIA ALGÚN CAMBIO.
9) ORIENTACIÓN PREVIA A LABOR A REALIZAR.

OTRAS INDICACIONES: NO
VISUAL: EXAMEN VISUAL CONTROL
EN 1 AÑO AUDITIVAS: USO DE EPP
MEDICAS: CHEQUEOS MEDICOS ANUALES



FIRMA PROFESIONAL AUTORIZADO

CEM®	**INFORME CONDICION DE SALUD** **av Caracas #30-45, Bogotá 6067232**	Código	SAFNA002	FECHA DE EMISION
		Versión	01	16 de Diciembre del 2020
		ELABORO:		CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS NIT 800055754-6

ESCUELA DE SALU|D

"SAN PEDRO CLAVER"

"Una Contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"
Aprobada por el Ministerio de la Protección Social Según Acuerdo 04 de Noviembre 30 de 1993 y 118 de Diciembre 23 de 2008 y Resolución 1535 de Abril 14de 1994, No. 028 de septiembre 03 de 1998, No. 5069 del 17 de Diciembre de 2007, No. 15-083 de Febrero 11 de 2010, No. 15-020 de Abril 1 de 2011, No. 15-022 de Agosto 12 de 2015, de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Certifica que:

BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO

Identificada con documento de Identidad No. 1.013.637.639 de BOGOTA D.C.

Aprobó el:

CURSO DE CODIGO BLANCO (VIOLENCIA SEXUAL)

Se firma en Bogotá D.C., a los 2 días del mes de febrero de 2019.

Director

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO

C.C: 1.013.637.639

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 01 días del mes de Febrero de 2019.
Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

PARA EVITAR FALSIFICACIONES, SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

BRIANNY KARINA ORTEGA QUINTERO

c.c. 1.013.637.639

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá, a los 31 días del mes de Enero de 2019.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Decreto 4904 / 2009
Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuniquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3197859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

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 – GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 04
FECHA: 2021-04-26

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	06/08/2021	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ORTEGA	QUINTERO	BRIANNY	KARINA

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.013.637.639	BOGOTA		17/01/2011
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐			

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
04/01/1993	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐	2		3223980185

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)					PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA ☐	BACHILLER ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:	
UNIVERSITARIO ☒	POSTGRADO	MAGISTER ☐	OTRO ☐		

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 14 BIS #4 – 47 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
brortega@uan.edu.co		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(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐				
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
		SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☐		
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☐	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SUB RED CENTRORORIENTE	900959051-7

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA									
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐	EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 14 B1-45 SUR	3.283.105	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO HOSPITALARIA DE GINECOLOGIA	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	08/04/2019

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL		DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	6.000.000	GASTOS FAMILIARES	3.500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	1.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	6.000.000	TOTAL EGRESOS	4.500.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

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 y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SAAVEDRA	CELADA	YESICA	NATALIA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRA 90 a # 91 - 57	BOGOTA/ CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMIGOS	3102675651

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	488405969863	DAVIVIENDA	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando cert[illegible] 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** c[illegible] 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 [illegible] 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.):

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colomb[illegible]no (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique).
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilíc[illegible]templadas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o [illegible] 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 t[illegible]ga 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 [illegible] 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, modifique 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 [illegible]ación 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 [illegible]ren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

10. 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 Certificación 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 legible de la tarjeta profesional del Contador Público.

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar.
6. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificado y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, renta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son tratados 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
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 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 utilización no requeriria 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 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- 43 teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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 comprenden 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 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 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 riesgos 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) Envio 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) Envió 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 juridicas 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, compañias de asistencia medica, 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 juridica legalmente autorizada para 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 estadisticos.

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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica 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 he sido obligados a responderlas.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, no 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, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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: Si 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"

11. 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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal

Huella índice derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario Subred			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			
8. Proceso Responsable Subred			

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la Verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y No Cédula:			
7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred			