ro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307#

ario

liciones de uso

Información del usuario

Género	Femenino
Cargo	
Título	Sra.
Nombre completo	IOHANNA MIRELLA CHACON GIL
Nombre y apellido	JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de ciudadanía
Número de identificación	52450433
Fecha de emisión	/ /1998 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Expedido por	Registraduria Nacional
Fecha de expiración	
Dirección	Carrera 13 A # 30 - 61 Sur
Código postal	111821
Estado	Bogotá D.C.
Municipio	Bogotá D.C.
País	COLOMBIA
Correo electrónico	johas2510@gmail.com
Teléfono	4738103
Celular	3134028724
Número de fax	

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 10-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CHACON	GIL	JOHANNA MIRELLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52450433

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES OCT AÑO 1980

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 13 A # 30 - 61 INTERIOR 3 APARTAMENTO

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 4738103

EMAIL johas2510@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES JUL AÑO 1997

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*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	4	X		ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD	10	2012	
UN	8	X		ENFERMERO (A)	7	2004	12216

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 10-nov-2017

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*
PRESTACION DE SERV. DE SALUD SUB RED CENTRO ORIENTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2095002	DIA 13 MES 8 AÑO 2012	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
SERVICIOS DE ENFERMERiA	GESTIoN AMBULATORIA	CARRERA 12 D No. 26 A 62 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE/TEMPORALES UNO A		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2884895	DIA 13 MES 4 AÑO 2011	DIA 8 MES 8 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
SERVICIOS DE ENFERMERiA	GESTIoN AMBULATORIA	CARRERA 12 D No. 26 A 62 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SERVICIOS Y ASESORiAS/HOSPITAL DEL SUR E.S.E.		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3230622	DIA 13 MES 8 AÑO 2009	DIA 8 MES 4 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
SERVICIOS DE ENFERMERiA	URGENCIAS	CARRERA 6 No. 46 23

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 10-nov-2017

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*
FUSDESA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2787556	DIA 1 MES 4 AÑO 2009	DIA 4 MES 6 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DOCENTE	EDUCACIoN ENFERMERIA	CALLE 15 SUR No. 16 83

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*
PUBLICO	4	10
PRIVADO	2	4
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	2

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

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 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 10-nov-2017

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL**

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. N° **52.450.433** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	**BOGOTÁ D.C.**	**BOGOTÁ D.C.**

Dirección	Teléfonos
CARRERA 13A # 30 - 61 SUR INT. 3 APTO 103	**4738103 - 3134028724**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS JAVIER CHACÓN CRUZ	**C.C. 13'885.993**	**PADRE**
MARTHA CLARA GIL DE CHACÓN	**CC. 41'592.778**	**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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	**19.000.000**
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	**-**
ARRIENDOS	**-**
HONORARIOS	**-**
OTROS INGRESOS Y RENTAS	**-**
TOTAL	**$ 19.000.000**

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
BANCOLOMBIA	**AHORROS**	**204-55815379**	**BOGOTÁ**	**0.0**

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHÍCULO	**NISSAN MARCH MODELO 2014**	**$ 18.000.000**

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
CARLOS CHACÓN CRUZ	ARRIENDO	$ 600.000
FAMISANAR-PROTECCIÓN	SALUD Y PENSIÓN	$ 300.000
CLARO	SERVICIOS	$ 400.000
BANCO CAJA SOCIAL	PRESTAMO VEHÍCULO	$ 300.000

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
CARLOS AUGUSTO CRISTANCHO DÍAZ	C.C. **X** C.E. T.I.	**80.020.525**

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

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Johanna Mirella Chacón Gil

C.C. No. 52.450.433 de Bogotá D.C.

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

Especialista en Auditoría en Salud

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

Bogotá, D.C., 12 de octubre de 2012

Rector

Secretaria General

Director

Tomo 7 Folio 13 Registro 32887 Fecha: 12 de octubre de 2012

República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No. 22215 del 9 de Diciembre de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

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

Johanna Mirella Chacón Gil

C.C. No 52.450.433 de Santafé de Bogotá D.C.

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

Enfermera

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

Bogotá D.C. Julio 14 de 2004

Rector

Hago constar que esta copia coincide con documento original presentado para su autenticación

22 JUL. 2004

Bogotá D.C., Colombia

CAMPOS A. PUENTES N.

NOTARIO CINCUENTA Y CUATRO

Secretario General

Decano

Libro de Registro No.: 2

Anotado al folio: 18

Registro No.: 7813

Fecha: Julio 14 2004

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 22218 Mineducación Dic. 9-83

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 598

En Bogotá D.C., el 12 de octubre de 2012 a las 11:00 horas, convocados por Resolución 014 de la Rectoría Bogotá del 5 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor José Leonardo Valencia Molano, la Vicerrectora Académica, doctora Sonia Sierra González y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **JOHANNA MIRELLA CHACON GIL** con cédula de ciudadanía Número 52450433 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 006 del 15 de abril de 1996. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 7, Folio 13, número 33887

JOSE LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector Bogotá
SONIA SIERRA GONZALEZ, Vicerrectora Académica
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 12 de octubre de 2012.

Jetzabel Herrán Duarte

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, Certifica: En el libro de Actas se encuentra el Acta de Grado 215 que expresa: En Bogotá D.C. el 14 de julio de 2004 a las 16:00 horas, convocados por Resolución 034 del 6 del citado mes y año, se reunieron en El Auditorio De Las Hermanas Bethlemitas, el doctor Pablo Oliveros Marmolejo, la decana de la facultad de Enfermería doctora: María Lliliana Buenahora Tobar, y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de: **JOHANNA MIRELLA CHACON GIL,** identificada con cédula de ciudadanía 52450433 Santafe de Bogotá D.C. quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa y haciéndose merecedora a recibir el título de: **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron: Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 2, Folio 18 número 7813.

PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, Rector
MARÍA LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana Facultad de Enfermería
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Es copia tomada de su original, el 14 de julio 2004.

Jetzabel Herrán Duarte

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

Scanned by CamScanner

COMITÉ NACIONAL DE RESUCITACIÓN COLOMBIA

Certifica que

JOHANNA CHACÓN GIL

asistió al

SIMPOSIO DE REANIMACIÓN EN EMERGENCIAS MÉDICAS CNR-C 2009

Dr. Gabriel Paredes
Presidente

Dr. Luis Eduardo Vargas
Vice Presidente

LigaSida
www.ligasida.org

CHAMPION
NGO CODE OF GOOD PRACTICE

LA LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA

CERTIFICA QUE

JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL

C.C. 52.450.433

PARTICIPÓ EN EL TALLER DE ASESORÍA PRE Y POST PRUEBA PARA VIH-SIDA
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS.

Bogotá, D.C., 6 AL 10 de FEBRERO de 2012

JORGE ALBERTO PACHECO CABRALES
COORDINADOR GENERAL

RICARDO JAVIER GARCIA GUTIERREZ
COORDINADOR DE PROYECTOS

LIGA CONTRA EL CÁNCER
·Bogotá·
40 años

Certifica que

JOHANA CHACON

Asistió al seminario Nuevos avances en la Prevención de Cáncer Uterino
los días 25 y 26 de mayo de 2012
En el Hotel Bogotá Royal

Gloria Inés Forero De Ruiz
Presidenta

Héctor Posso Valencia
Director Científico

Patrocina: gsk GlaxoSmithKline MSD MerckShard & Dhome

AIEPI
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
Porque mi vida hay que protegerla hoy

Oficina de Admisiones y Registro Académico

La Universidad de Caldas fue creada mediante Ordenanza No. 06 de 1943 y la Ley 24 del 8 de agosto de 1967 la constituyó en establecimiento público de orden nacional, adscrito al Ministerio de Educación y Decreto 1297 de 1964.
Nit. 890.801.063-3

UNIVERSIDAD DE CALDAS
MANIZALES

Certifica que:

Johana Mirella Chacón Gil

Con documento de identificación número 52450433

Participó como ASISTENTE del Diplomado Virtual AIEPI "ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA" en el marco de la estrategia "DE CERO A SIEMPRE" del Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) y la Universidad de Caldas con el programa Telesalud, entre el 8 de agosto de 2012 y el 4 de octubre de 2012 y con una calificación de APROBADO.

Dr. Lenis Enrique Urquijo Velásquez
Director de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

Dr. Teófilo Monteiro
Representante a.i. OPS/OMS
en Colombia

Julián Orozco Espina
Jefe de Oficina de Admisiones
Universidad de Caldas

Para verificar la validez de este certificado consulte la página http://telesalud.ucaldas.edu.co

Libertad y Orden
Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Prosperidad para todos

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

UNIVERSIDAD DE CALDAS

Telesalud
Universidad de Caldas

http://telesalud.ucaldas.edu.co www.facebook.com/telesalud @NTelesalud

COLPATRIA
ARL Seguros de Vida Colpatria S.A.

EL GRUPO DE APOYO Y RESPUESTA EMPRESARIAL COLPATRIA "GAREC"

CERTIFICA QUE

JOHANNA MIRELLA CHACON

Con C.C. N° **52.450.433**

Asistió al evento:

FORMACIÓN BASICA INTEGRAL EN BRIGADAS DE EMERGENCIAS

El día **03** de **JUL. 2013** con una intensidad de **25** horas.

DIRECTOR GAREC
A.R.L. COLPATRIA

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE

Juan Pablo Novoa González
Instructor G.A.R.E.C.

compensar | unipanamericana fundación universitaria

Unipanamericana Fundación Universitaria Panamericana P.J. Resolución 11941 de 19 de diciembre de 2011 sujeta a inspección y vigilancia del M.E.N

Certifican que

Johanna Mirella Chacón Gil

C.C. 52450433

Asistió al:

Taller de Servicio al Cliente

Realizado el 27 de Julio de 2013
Con una intensidad de 4 horas.

Se expide en Bogotá, a los veintidos (22) días del mes de Agosto 2013

VIGILADO

Aida Judith Daza Pinzón
Gerente de Servicios Empresariales

Con el respaldo de:

Integración Preventiva

MAPFRE | ARL

Certifica que:

Johanna Mirella Chacon Gil

CC: 52450433

PARTICIPO EN EL CURSO:

BRIGADISTA BASICO MODULO PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de

8 HORAS

17/09/2015

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO
Coordinadora Nacional de Formación

FORMACION ARL

Con la consultoría de

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría de Salud

E.S.E Hospital la Victoria III Nivel

Certifica Que:

JOHANA M. CHACON GIL

Asistió al

Seminario Taller Atención Integral en la red Materno Perinatal con énfasis Guías Consulta preconcepcional, Control prenatal y Sentencia C-355.

Con una intensidad de 8 horas

La Victoria
Empresa Social del Estado

BOGOTÁ HUMANA



¡Tú decides, nosotros te cuidamos!

Fernando Aníbal Peña Díaz
Gerente

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.
Nuestro Compromiso: Salud con Calidad para Todas y Todos

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.
CERTIFICA QUE:

JOHANNA M. CHACON GIL

ASISTIÓ A

La formación en la guía 1 del modelo de gestión integral de servicios de Salud Sexual y Reproductiva y prevención de la infección por VIH, del Ministerio de la protección social-ONUSIDA-Proyecto integral y el Lineamiento Técnico para la prestación de servicios de salud de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Bogotá, con una intensidad de 8 horas.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., el 26 de Junio de 2015

JORGE EDUARDO CARO CARO
Coordinador Formación
Emede Servicios S.A.S.

MELINA NARVAEZ SANTACRUZ
Formadora Interrupción Voluntaria
del Embarazo

MD S.A.S

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ HUMANA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Hospital
Simón Bolívar

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ - LSP
HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E - LCVIH

CERTIFICA

Que: ***JHOANA MIRELLA CHACON GIL***

Asistió al Curso en: **ASESORIA EN PRUEBA VOLUNTARIA Y ENTRENAMIENTO EN PRUEBAS RAPIDAS VIH-SIFILIS**

Realizada los días 4 y 5 de Abril de 2016
Intensidad Horaria: 16 horas

HERBERT IVAN VERA ESPITIA
Coordinador Laboratorio de Salud Pública

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

JOHANNA M. CHACON GIL

C.C.: 52450433

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No. 4571 del 24 de Mayo de 1977 M.E.N.

PROGRAMAS DE EXTENSIÓN Y EDUCACION CONTINUADA

SE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA A:

Johanna Chacón

Identificado Con: C.C No 52.450.433

Por su participación en el Curso :

MANEJO DE ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS

Con una duración de 30 Horas

Fecha de Inicio **SEPTIEMBRE 03** de **2016** Fecha de Finalización **MAYO 20** de **2017**

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá a los **13** días del mes de **JULIO** de **2017**

MARTHA YOLANDA RUIZ V.
Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

ALEJANDRA SALCEDO M
Decana Facultad de Medicina

MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
Secretaria General

Elaboró _____

No. **0053**

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Johanna Milena Chuvá Gil, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE,** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Enfermera

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Johanna M. Chuvá G.

No. de documento: 52'450.433 Bta

Tarjeta profesional No.: 52'450.433

Dirección de contacto: Carrera 13A # 30-61 Int 3 Apto 103

Teléfono: 3134028324 - 4138103

Scanned by CamScanner

Servicios & Asesorías s.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

EL SUSCRITO COORDINADOR DE SERVICIO AL CLIENTE

CERTIFICA QUE:

[illegible] JOHANNA MIREYA CHACON GIL identificado con cedula de [illegible] No. 52.450.433 labora en nuestra compañía para nuestra [illegible] HOSPITAL DEL SUR E.S.E desde el 13 de agosto de 2009 al 16 [illegible] 2010 ingresa nuevamente el 20 de febrero de 2010 al 8 de [illegible] 2011 En el cargo de JEFE DE ENFERMERIA.
[illegible] contrato por obra o labor determinada, un salario básico de [illegible] 000 y otros devengos mensuales de $613.417 para un neto total del [illegible] $1.043.131

[illegible] a solicitud del interesado a los 7 días del mes de abril de 2011 en [illegible] de Bogotá D.C.

[illegible] GIL
Coordinador Servicio al Cliente
Hospital del Sur
Tel 7560505 ext 2801

Scanned by CamScanner

Servicios & Asesorías s.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

Bogotá, D.C.,13 de Agosto de 2009

Doctor:
OSCAR SOLER
HOSPITAL DEL SUR E.S.E
E.S.D.

Envió personal

Con el presente me permito presentarle a la señor(a) CHACON GIL JOHANNA MIRELLA identificado (a) con la cédula de ciudadanía 52450433 quien según selección realizada clasifico como ENFERMERA URGENCIAS a partir del día 13 de Agosto de 2009 para CAMI PATIO BONITO .

Atentamente,

CARLOS GIL ACEVEDO
Gerente Regional Bogotá

CALI
CALLE 23 A Norte No. 4N-11
PBX: 524 3666 - 652 8400
FAX: 668 3406
CEL: 315 5601819
sya@serviasesorias.com.co

PEREIRA
CALLE 2 No. 12-25
TELS: 331 2851 - 331 6249
FAX: 331 6237
CEL: 315 575 9582
serviesp@telesat.com.co

MEDELLIN
CRA. 69 No. 46B-46
TELS: 260 6727/2004
FAX: 260 7663
CEL: 315 575 9576
sya@epm.net.co

BOGOTA, D.C.
CRA. 6 No. 46-23
P.B.X.: 323 0622 - 245 2644
FAX: 232 7331
CEL: 315 575 9578
syabt@serviasesorias.com.co

BARRANQUILLA
CALLE 70 No. 50-03 Of. 11
C.C. LOS ROBLES
TELEFAX: 345 6521
CEL: 315 575 9581
serviespeciales@edt.net.co

IBAGUÉ
CALLE 12 No. 2-70 Of. 305
Edificio el Molino Centro
TEL: 261 0128 - 263 2133
CEL: 316 465 5049

BUCARAMANGA
CÚCUTA
CARTAGENA
Afiliado "ACOSET"

www.serviasesorias.com.co

Scanned by CamScanner

Servicios & Asesorías s.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

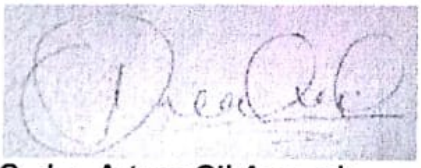
Bogotá, D.C., 19 de Febrero de 2010

Doctor (a):
GABRIEL OTALVARO
HOSPITAL DEL SUR E.S.E
E.S.D.

Envió personal

Con el presente me permito presentarle a la señor(a) CHACON GIL JOHANNA MIRELLA Identificado(a) con la cédula de ciudadanía 52450433 quien según proceso de selección realizado clasifico como ENFERMERA URGENCIAS a partir del día 20 de Febrero de 2010 para ASISTENCIAL

Atentamente,



Carlos Arturo Gil Acevedo
Director Oficina Bogota

Scanned by CamScanner

Servicios & Asesorías s.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

Bogotá, 10 de Febrero de 2010

Señor (a)
CHACON GIL JOHANNA MIRELLA
C.C. 52450433
Ciudad.

Me permito informarle que el contrato de trabajo que suscribió con nuestra empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A., para ejercer el cargo de ENFERMERO URGENCIAS, se da por terminado el día 09/02/2010

Para efectos de hacer efectiva su liquidación, le informamos que usted debe hacer devolución del carné de la empresa, y de los demás implementos que se le hayan entregado, a su vez realizar el trámite respectivo para que le sea expedido el correspondiente paz y salvo.

El pago de sus prestaciones sociales se hará en la cuenta de nómina, donde se venían consignando sus salarios.

Le agradecemos toda la colaboración que nos proporcionó durante su permanencia en nuestra empresa.

Cordialmente,

SHIRLY JIMENEZ GOMEZ
COORD. ADM Y DE PERSONAL.

ISO 9001
ISO 14001
OHSAS 18001
BUREAU VERITAS Certification

CALI
CALLE 23 A Norte No. 4N-11
PBX: 524 3666 - 652 8400
FAX: 668 3406
CEL: 315 5601819
sya@serviasesorias.com.co

PEREIRA
CALLE 2 No. 12-25
TELS: 331 2851 - 331 6249
FAX: 331 6237
CEL: 315 575 9582
serviesp@telesat.com.co

MEDELLIN
CRA. 69 No. 46B-46
TELS: 260 6727/2004
FAX: 260 7663
CEL: 315 575 9576
sya@epm.net.co

BOGOTA, D.C.
CRA. 6 No. 46-23
P.B.X.: 323 0622 - 245 2644
FAX: 232 7331
CEL: 315 575 9578
syabt@serviasesorias.com.co

BARRANQUILLA
CALLE 70 No. 50-03 Of. 11
C.C. LOS ROBLES
TELEFAX: 345 6521
CEL: 315 575 9581
serviespeciales@edt.net.co

IBAGUÉ
CALLE 12 No. 2-70 Of. 305
Edificio el Molino Centro
TEL: 261 0128 - 263 2133
CEL: 316 485 5049

BUCARAMANGA
CÚCUTA
CARTAGENA
Afiliado "ACOSET"
www.serviasesorias.com.co

Scanned by CamScanner

TEMPORALES
UNO-A S.A

Nit. 830.058.387-6

Preselección, Selección, Contratación y Nomina del Personal en Misión. CO10/3656.

CERTIFICACION

Por medio de la presente nos permitimos certificar que la señora CHACON GIL JOHANNA MIRELLA Identificada con Cédula de Ciudadania No. 52,450,433 de BOGOTA D.C., laboró en misión de nuestra organización, para la empresa usuaria HOSPITAL RAFAEL URIBE - HRUU ASIS CAMI OLAYA I06B, por medio de un contrato de trabajo de obra o labor determinada, desde el día 1 de febrero de 2012 hasta el dia 10 de agosto de 2012 desempeñando el cargo misional de ENFERMERO(A), con una asignaciòn salarial de $1,517,504.00 Mcte

Seguidamente nuestro sistema reporta la existencia de los siguientes contratos de trabajo de obra o labor determinada, cada uno con causa y objeto independiente entre si, que el trabajador de la referencia subscribió con nuestra organización; todos debidamente liquidados a saber:

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Desde el dia 11 de abril de 2011	hasta el 15 de diciembre de 2011
Desde el dia 1 de febrero de 2012	hasta el 10 de agosto de 2012

La presente se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a solicitud de la interesada a los 09 dias del mes de Febrero de 2013.

NOTA: CUALQUIER ANOTACIÓN EN LETRA IMPRENTA SOBRE EL PRESENTE CERTIFICADO ES INVALIDA

Atentamente,

TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A
NIL 830.058.387-0
CARRERA 16 N° 36-09
PBX: 320 0977 - FAX: 288 4695

JULIE ANDREA CEPEDA GORDILLO
DIRECTOR DE GESTIÓN HUMANA

Este documento digital cumple con el artículo 28 de la Ley 527 de 1999

Este certificado fue expedido a través de un sitio web, para verificar su validez comuníquese al departamento de gestión humana de Temporales Uno A. PBX: 57-1 -320 09 77.

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.450.433**

CHACON GIL

APELLIDOS

JOHANNA MIRELLA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-OCT-1980**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

15-DIC-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00126193-F-0052450433-20081109 0005610133A 1 1180020127

Scanned by CamScanner

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14279389136

(415)7707212489984(8020) 000001427938913 6

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 4 5 0 4 3 3	1 9 9 8 1 2 1 5

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHACON	GIL	JOHANNA	MIRELLA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 13 A 30 61 SUR IN 3 AP 103

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		4 7 3 8 1 0 3	3 1 3 4 0 2 8 7 2 4

CLASIFICACION

Actividad económica

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

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																

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 4 0 1 2 3

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 PUERTO GONZALEZ OLGA ADRIANA
985. Cargo: Gestor I

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 12-12-2015
Hora: 9:33:34 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52450433-5 JOHANNA MIRELLA CHACON GIL

Información General

Dirección KR 13 A 30 61 IN 3 AP 103 SUR

Teléfonos 4738103/3134028724

Dirección electrónica johasazul@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/05/2009

Soporte Inscripción 13030932

Fecha Inicio Actividades 25/10/2005

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 85511-EDUCACION ACADEMICA NO FORMAL (EXCEPTO PROGRAMAS DE EDUCACION BASICA PRIMARIA, BASICA SECUNDARIA Y MEDIA NO GRADUAL CON FINES DE VALIDACION)

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000300565

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Salud y Protección Social

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 52.450.433

ENFERMERA

JOHANNA MIRELLA CHACON GIL

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

BOGOTA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 14/07/2004

FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RUN / RETHUS: 09/02/2006

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 8864 *de* 02/11/2005

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CHACON GIL JOHANNA MIRELLA Identificado(a) con CC número 52450433 expedida en SANTAFE DE BTA ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 14/07/2004, acta de grado Nro. 215, Diploma Nro. 7813 y registrado en el libro 2 Folio 18 año 2004.

Que de conformidad con la Ley 50 de 1981, Articulo 2, Parágrafo 3, Acuerdo No 02 de 28 de junio de 2005 del Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, delego en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D,C la realización del sorteo de plazas para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 30/09/2005.

Que el(la) señor(a)CHACON GIL JOHANNA MIRELLA ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a CHACON GIL JOHANNA MIRELLA identificado(a) con CC número 52450433 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

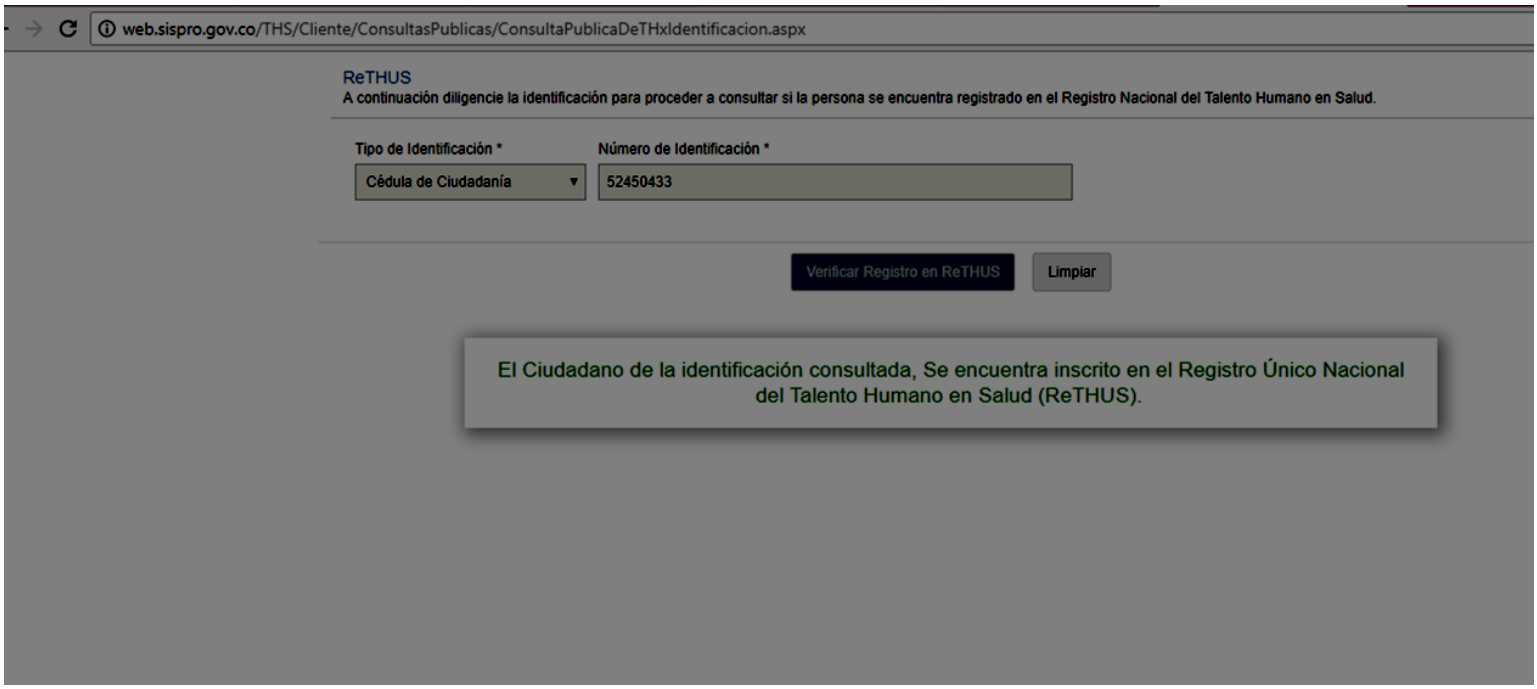
Dada en Bogotá, D.C. a los 02/11/2005

ORIGINAL FIRMADO POR
William Alberto Robles Fonnegra

WILLIAM ALBERTO ROBLES FONNEGRA
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C Nov. 23/05
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Martha Clara Gil de Chacon
CC. # 41'592.778 Bta
Firma Martha Gil.


web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
ReTHUS
A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
52450433
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.450.433, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los catorce (14) días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

LABINTOX S.A.S.

LABORATORIO CLINICO TOXICOLOGICO

CALLE 134 No. 17-71 CLINICA MONTSERRAT - TEL.: 626 3251 FAX: 626 3250
CONM. 259 60 00 EXT. 6115 CEL.: 310 873 76 04
SEDE IPSO: CALLE 134 BIS No. 18-62 - TEL.: 704 37 38 - 627 18 37 - CEL.: 321 208 4821
labintox@hotmail.com - mercadeo@labintox.net

FECHA	: Noviembre 26 y Diciembre 04 de 2012	**CONSEC.**	: 7
NOMBRE	: CHACON GIL JOHANNA MIREYA	**EDAD**	: 32
CEDULA	: 52.450.433	**SEXO**	: F
EMPRESA	: **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.**		

HEPATITIS B, Anti - HBs

RESULTADO	: **> 2000**			**mUI/mL**		
VALORES DE REFERENCIA	**Títulos Anticuerpos HBs**				**Tiempo de Protección**	
	Menor	de	10	mUI/mL	Vacunar o aplicar refuerzo	
	10	a	100	mUI/mL	6	meses
	100	a	1000	mUI/mL	2	años
	1000	a	10000	mUI/mL	3 – 5	años
	Mayor	de	10000	mUI/mL	6	años
					Después de 6 años aplicar refuerzo	
METODO	: Qumioluminiscencia					

LABINTOX S.A.S.
Lic. S. Ocup. 6365
Jeannette García
TP. 39562412

IPS CAFAM
CARNE DE VACUNACIÓN

NOMBRE Johana Nireya Chacón

VACUNA FECHA

Prueba de Tuberculina

1° Dosis Fecha Aplicación
2° Dosis
3° Dosis Lectura. Negativa (-)

RESPONSABLE

PREVENTIVM

CERTIFICADO DE INMUNIZACIONES

VACUNA	FECHA DOSIS 1a.	2a.	3a.	REFUERZOS	
Hepatitis B					
Influenza (Gripe)					
Meningococo					
Neumococo					
Rubeóla					
Triple Viral (SRP) (MMR)	15 Feb 2002				
Td					
Polio					
Hib (Meningitis)					
Pentac - Hib.					
Tetanos					

Firma y Sello: Preventium S.A. Nit.830.022.182-8

VACUNA ADN RECOMBINANTE
CONTRA LA HEPATITIS B. HEBERBIOVAC HB

NOMBRE Johanna Nireya Chacón
TELEFONO 2783401 EDAD 13
SEXO F PROFESION estudiante

DOSIS
D1 Oct. 6/93 ESQUEMA 0-1-2+12
D2 Nov. 8/93
D3 Dic. 9/93 ANTI HBs: _____ UI/L
REFUERZO Oct. 7/94

BIOLEHNER LTDA
Transversal 27 No. 123 - 59 Tels: 213 86 35 - 612 20 41
Fax: 612 21 61 A A 59902 Telex: 43132 Santafé de Bogotá
Calle 4 Sur No. 43 A - 195 Centro Ejecutivo - Bloque D Of. 171
Tel: 266 49 41 Fax: 331 01 81 Medellín - Colombia

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	SEP EU 2007 28/05 Ap 2007		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza ANUAL		Octubre. 08. 2012 Lote: 1203601		
Otras		Dif-Tetanus/Pertussis Nov. 14. 2012 Lote: 0001512. 04/14.		

Vacuna	Enfermedad que previene:	Número de dosis y edades de aplicación	Fecha de aplicación
BCG	Tuberculosis	Recién nacido	
Hepatitis B	Hepatitis B	Primera dosis: Recién nacido Segunda dosis: 2 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad	
Polio	Parálisis Infantil (Poliomielitis)	Dosis complementaria: Recién nacido Primera dosis: 2 meses de edad Segunda dosis: 4 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad Primer refuerzo: A los 18 meses de edad Segundo refuerzo: A los 5 años de edad	
DPT	Difteria, Tosferina y Tétanos	Primera dosis: 2 meses de edad Segunda dosis: 4 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad Primer refuerzo: A los 18 meses de edad Segundo refuerzo: A los 5 años de edad	
Haemophilus Influenzae Tipo B	Meningitis por Haemophilus Influenzae Tipo B	Primera dosis: 2 meses de edad Segunda dosis: 4 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad	
Triple Viral	Sarampión, Paperas y Rubéola	Primera dosis: 12 meses de edad Refuerzo: A los 10 años de edad	
Toxoide tetánico y diftérico	Tétanos neonatal, tétanos y difteria	Para mujeres de 10 a 49 años: Primera dosis: Si empieza hoy Segunda dosis: Al mes de la primera Tercera dosis: A los 6 meses de la segunda Cuarta dosis: Al año de la tercera dosis Quinta dosis: Al año de la cuarta dosis	Mx 10 14/00 M 2 29 Mar 2 Abr. 2000 DPT 02
Fiebre Amarilla	Fiebre Amarilla	A partir de los 6 meses de edad para zonas donde existe la enfermedad o cuando se viaja a esos lugares Refuerzo: A los10 años de la primera dosis	

MIS VACUNAS ME PREVIENEN CONTRA	EDAD	NÚMERO DE DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	REFUERZOS	FECHA DE APLICACIÓN DEL REFUERZO
Tuberculosis (BCG)	Recién Nacido	Una		No	
Hepatitis B	Recién Nacido 2° mes 4° mes	1ª 2ª 3ª		No	
Polio	2° mes 3er mes 4° mes	1ª 2ª 3ª		1° 18 meses 2° 5 años	
Difteria Tétanos (D.P.T.) Tosferina	2° mes 3er mes 4° mes	1ª 2ª 3ª		1° 18 meses 2° 5 años	
Sarampión Rubeola Paperas (triple viral)	1 año	Una		10 años	
Haemophilus Influenzae (Hib)	2° mes 4° mes 6° mes	1ª 2ª 3ª		No	
Sarampión	Grupos de riesgo	A321L-29-02		Una adicional	
Fiebre amarilla	A partir de los 6 meses	Para zonas selváticas		Cada 10 años	

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

Régimen : COMUN
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 15/07/2016 16:03:19

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JOHANNA MIRELLA CHACON GIL C.C 52450433

EDAD 35 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometría	☐	Cuales	
Espirometría	☐	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☑ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES
CONTROLES MEDICOS EPS- USO EPP

EXÁMEN PERIÓDICO
Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Johanna Chacon.

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO** **FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**	**CÓDIGO:** ET-CA-FT- 011 **VERSIÓN:** 02 **FECHA:** 2017-08-22

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

FECHA:	2018-02-19	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las 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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
CHACON	GIL	JOHANNA	MIRELLA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52450433	BOGOTA	1998-12-15
PASAPORTE X	OTRO	AT091363		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1980-10-25	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A)		CASADO(A) X	DIVORCIADO	UNION LIBRE			3134028724

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER		POSGRADO	UNIVERSITARIO TECNOLOGO	BACHILLER OTRO		PRIMARIA	TECNICO	ENFERMERA
	X							CUAL: AUDITORIA EN SALUD

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 13 A # 30- 61 INTERIOR 3 APTO 103	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	4738103

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
johas2510@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CRISTANCHO	DIAZ	CARLOS	AUGUSTO

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	80020525	BOGOTA	1996-12-04	
PASAPORTE X	OTRO	CUAL: AT090153		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO		NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

GRAN CONTRIBUYENTE	**SI** ☐ **NO** X	**AGENTE RETENEDOR**	**SI** ☐ **NO** X	**AGENTE AUTORETENEDOR**	**SI** ☐ **NO** X

FUNCIONARIO PUBLICO	**ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS**	**NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA**
SI ☐ **NO** X	**SI** ☐ **NO** X	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD X	**# NIT**	900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	**TELEFONO**	**CIUDAD/MUNICIPIO**	**DEPARTAMENTO**	**PAIS**
DG 34 N° 5-43	3444484	BOGOTA	CUNDIMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERA	**FECHA VINCULACION**	2017-01-10

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		**EGRESOS MENSUALES**		**ACTIVOS**		**PASIVOS**	
SALARIOS	$ 2.050.000	GASTOS FAMILIARES	$ 500.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 500.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 3.000.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 10.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 800.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 3.000.000
TOTAL INGRESOS	**$ 2.050.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.800.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 10.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 6.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	**DESCRIPCION OTROS EGRESOS**	**DESCRIPCION OTROS ACTIVOS**	**DESCRIPCION OTROS PASIVOS**
	GIMNASIO, TELEFONIA MOVIL, INTERNET, GASOLINA, TRANSPORTE		

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

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**
BALLESTEROS	**ORTIZ**	**ROSMIRA**	

DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
TRANSVERSAL 74 # 11 A - 15 TORRE 5 APARTAMENTO 116	**BOGOTA/CUNDIMARCA/COLOMBIA**	**MADRINA MATRIMONIO**	**3013157128**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	**TIPO DE PRODUCTO**	**NUMERO**	**SUCURSAL**	**TELEFONO**
COLPATRIA	**TARJETA DE CREDITO**	**XXXXXXXXXX5254**	RESTREPO	**7561616**

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ X

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ **CUAL:**

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

DEL EJERCICIO DE MI PROFESIÓN COMO ENFERMERA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude***.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO***).

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co**)** en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOHANNA MIRELLA CHACON GIL identificado(a) con CC 52450433 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**28/11/2004**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO**
Categoría:	**A**

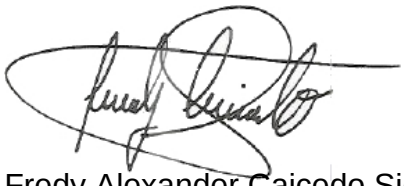
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 10 días del mes de noviembre del año 2017 .

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 LTDA.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHACON GIL JOHANNA MIRELLA** identificado(a) con **CC** número **52.450.433** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de octubre de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de noviembre de 2017.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Gerencia de productos
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

2017111013141

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52'450433	Seguros Bolivar.
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Johanna	Mucha	Chacón	Gil.

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
25-10-1980.	Bogotá	Cra 13A #30-61 Int 3 Apto 3.	4738103

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Fumisanar.	Proteccion	$ 2'126.680.

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Enfermera	Marzo 2018

Correo Electrónico	Celular
Johas2510@gmail.com.	3134028724

Johanna M. Chacón Gil
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 79'555.708 Bta.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 105956443

WEB
21:25:35

Bogotá DC, 14 de febrero del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOHANNA MIRELLA CHACON GIL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52450433:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA 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 miércoles 14 de febrero de 2018, a las 21:28:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52450433
Código de Verificación	524504331802142128 30

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

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2098906

Bogotá D.C., 14 de Febrero de 2018 - 21:45 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JOHANNA MIRELLA CHACON GIL**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES** de BOGOTA

52450433

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 2_S576_4521
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 21:41:12 horas del 14/02/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52450433**

Apellidos y Nombres: **CHACON GIL JOHANNA MIRELLA**

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.

Referencia Bancaria

Domingo, 12 de Noviembre de 2017

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOHANNA MIRELLA CHACON GIL identificado(a) con CC 52450433, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20455815379	2003/11/24	CXC PENDIENTES

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

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

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com