



Colombia Compra Eficiente

Buscar por proceso Menú

Buscar

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Astrid Andrea Gomez Cetina.

Astrid Andrea Gomez Cetina con el NIT 1023866988 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Gómez</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Cetina</u>	NOMBRES <u>Astrid Andrea</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1023866988</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>10</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1986</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CL 37 SUR 1-08</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>364-6358</u> EMAIL <u>astridgmc86@gmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller en ciencias</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>11</u>	AÑO <u>2004</u>

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TC.	4	X		Técnico Laboral Auxiliar enfermería	07	2009	1023866988-1

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD AMS AMBULANCIAS S.A.S.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD mfo@amzabulancu.com.co	
TELÉFONOS 3138454531 - 7023608	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 09 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 09 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL Asistir enfermería	DEPENDENCIA Ambulancia Emergencia	DIRECCIÓN CR 24d-13-43 SUR	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. SAN CRISTOBAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.esecmcrisobal.gov.co	
TELÉFONOS 2091480 - 2783980	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 05 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 01 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Asistir Enfermería	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN CH 22 SUR BA-58	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	8.
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá - Febrero 2018

Andrés Andrea Gómez C
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO 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, Holrid Andrica Gomez Cetma
IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 1023866988 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá Municipio Bogotá
Dirección CL 37 C SUR 1-08 Teléfonos 3646358- 3163623285

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Jose Domingo Gomez Reyes</u>	<u>19.214.017</u>	<u>Padre</u>
<u>Maria Stella Cetma</u>	<u>41773273</u>	<u>Madre</u>
<u>Jhon Manuel Coites Gomez</u>	<u>1021316402</u>	<u>Hijo</u>
<u>Cristian Felipe Coites Gomez</u>	<u>1016737646</u>	<u>Hijo</u>

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	<u>8.000.000</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	<u>218.000</u>
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ <u>8.218.000-</u>

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
<u>Diviviendo</u>	<u>Ahorros</u>	<u>008480320592</u>	<u>20 Julio</u>	<u>0</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

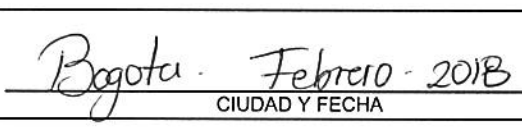
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

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: ☒ 1 ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION N°
Cristian Camilo Cortes Godyaran	C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 1023894091

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA	
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:	
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA	
 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	 CIUDAD Y FECHA

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE LA
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA
E.S.A.E. LTDA

Educación no Formal
Autorización Oficial según Resolución No. 6695 de
Octubre 1 de 1997 Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

Astrid Andrea Gómez Cetina
C.C. No. 1.023.866.988 de Bogotá D.C.

CERTIFICADO DE:

Término Laboral

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios de:

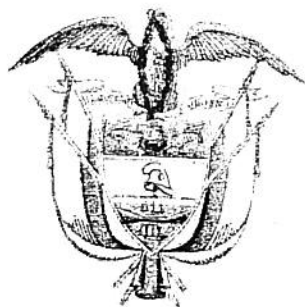
Auxiliar de Enfermería

Duración 1600 Horas

Director
Leonardo Fabio Velasco Sossa

Secretaria
Ana Sofía Espejo

Dado en Bogotá, D.C. 18 de Julio de 2009



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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
ENRIQUE OLAYA HERRERA

APROBADO POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C., SEGÚN
RESOLUCIONES 8052 DEL 21 DE DICIEMBRE DE 1998 Y 2353 DEL 14 DE AGOSTO DE 2002

CONFIERE A:

Astrid Andrea Gómez Cetina

C.I. No. 861110-53555 de Bogotá D.C.

EL TÍTULO

BACHILLER EN CIENCIAS
OPCIÓN IDIOMAS

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL
NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES

RECTOR

SECRETARIA



REGISTRO INTERNO

ACTA N° _____ FOLIO N° _____

ESTE DIPLOMA NO REQUIERE SER REGISTRADO EN LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO N° 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994

MAYA 6290640

DADO EN BOGOTÁ, D.C., A

DE

DE 200



Resolución 0095 del 1 de Octubre de 1997, Sec. de Educación Bogotá D.C.
Acuerdo No. 001 de Marzo 4 de 1993 Sec. de Salud Bogotá D.C.
Institución para La Educación del Trabajo y el Desarrollo Humano

ACTA DE CERTIFICACIÓN

En la Ciudad de Bogotá D.C. a los Dieciocho (18) días del mes de Julio de 2009, se llevó a cabo el **ACTO DE CERTIFICACION**, en el cual la **ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA E.S.A.E** autorizada para el efecto según la resolución No 6695 del 01 de Octubre de 1997 en la Secretaria de Educación de Bogotá y el acuerdo No 001 del 4 de Marzo de 1993 del Ministerio de Salud, y le confiere el certificado de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA A:**

ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA

Identificado con la C.C. No 1.023.866.988 de Bogotá, quien cumplió con los requisitos académicos exigidos por la Secretaria de Educación, el Ministerio de Salud y con las normas establecidas en este instituto.

En testimonio de lo anterior se firma la presente **ACTA DE CERTIFICACION** en la ciudad de Bogotá, D.C. a los Dieciocho (18) días del mes de Julio de 2009, por lo que en ella intervino.

LEONARDO FABIO VELASCO SOSSA

Director



Acta de Grado

Institución Educativa Distrital
Enrique Olaya Herrera

Carrera 10a. No. 32 - 05 Sur - 361 42 00

Jornada Tarde

Inscripción S.E. :2972

Dane: 111-00130019

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 27 días del mes de Noviembre de 2004 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa Distrital Enrique Olaya Herrera, 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 en la modalidad Diversificada y tipos cursados, según Resolución No. 2353 del 14 de Agosto de 2002

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de Bachiller en Ciencias Opción Idiomas al graduando cuyos Nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Astrid Andrea Gómez Cetina

T.I. No. 861110-53555 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 31 de fecha 27 de Noviembre de 2004

Firmada y sellada por Alirio Alfredo Osorio Valero (Rector) y Elizabeth Santoya Forero (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Noviembre de 2004

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.
No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Rector

Alirio Alfredo Osorio Valero
C.C. No. 19.113.950 de Bogotá

Secretaria

Elizabeth Santoya Forero
C.C. No. 60'332.766 de Cucutá



LA E.S.E HOSPITAL SAN CRISTÓBAL

Certifica que

ASTRID ANDREA GÓMEZ C.

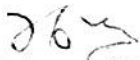
Con cédula de ciudadanía

1.023.866.988 de Bogotá

***CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO - TALLER DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA -
ESTRATEGIAS DE SALUD MATERNO INFANTIL***

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 8 HORAS.

Bogotá D.C. Abril de 2012


Hugo Armando Muñoz R
Gerente (E)
E.S.E SAN CRISTÓBAL



IAMI
INTEGRAL

Ministerio de Salud
Protección Social
Registros



BOGOTÁ
HUGUANA

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
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

Escuela de Auxiliares de Enfermería E.S.A.E LTDA
 (NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Asmtd Andrea Gomez Cetina, 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:

Tecnico Laboral Auxiliar de Enfermería
 (NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

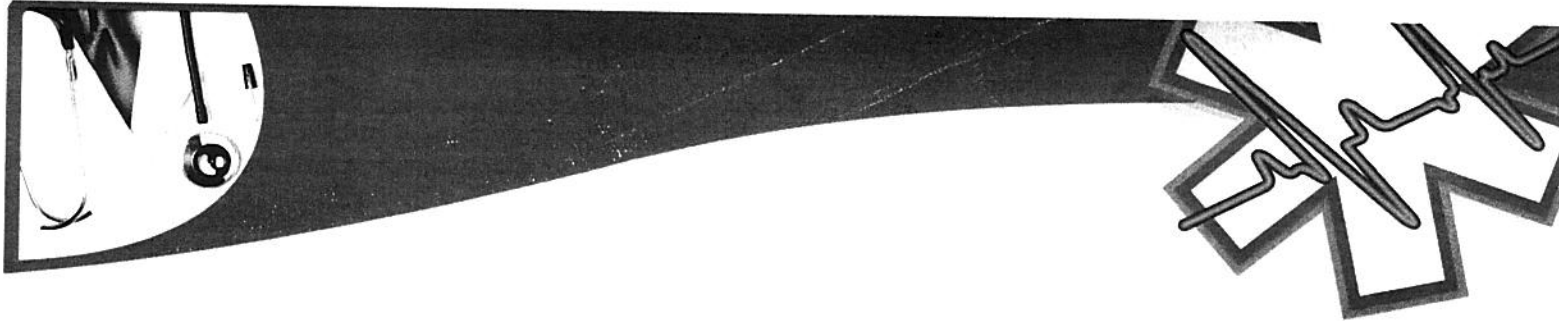
No. de documento:

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Teléfono:

Asmtd Andrea Gomez Cetina
1023866988
1023866988
CL 37C SUR 1-08
3646358 - 3133623285

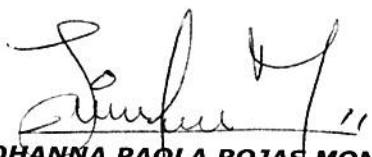


CERTIFICACIÓN

La empresa **AMS AMBULANCIAS S.A.S** identificada con **NIT 900.481.858-1**, hace constar que la señora ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA identificada con cédula de ciudadanía No 1.023.866.988 expedida en Bogotá, laboró en nuestra institución desde el día veintitrés (23) de septiembre de 2016 hasta el veinticuatro (24) de septiembre del 2017, desempeñando el cargo de Auxiliar de enfermería como tripulante de ambulancia de emergencia

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los tres (3) días del mes de octubre del año 2017.

Cordialmente,


JOHANNA PAOLA ROJAS MONTEALEGRE
COORDINADORA DE GESTION HUMANA



Carrera 24d Número 13 - 43 sur
Teléfonos: 702 3608 / 73
Móvil: 318 2695808 / Avantel: 350 559 8519
info@amsambulancias.com.co / www.amsambulancias.com.co





LA ASESORA JURIDICA DE LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de Contratación, se constata que **ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA**, identificada con cedula de ciudadanía N° **1.023.866.988 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes contratos de presentación de servicios, con total autonomía e independencia:

N° Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
572-2010	\$ 2.200.000	11/05/2010	DOS (2) MESES
735-2010	\$ 5.720.000	09/08/2011	CINCO MESES Y SEIS DIAS
512-2011	\$ 3.026.667	19/02/2011	DOS (2) MESES Y VEINTE (20) DIAS
ADC. 512	\$ 832.333	09/05/2011	VEINTIDOS (22) DIAS
1057-2011	\$ 6.810.000	01/06/2011	SEIS (6) MESES
ADC. 1057	\$ 2.270.000	01/12/2011	DOS (2) MESES
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO GESTOR EN SALUD PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL.			
413-2012	\$ 6.512.733	15/02/2012	CINCO (05) MESES Y DIEZ Y SEIS (16) DÍAS
777-2012	\$ 2.354.000	01/08/2012	DOS (02) MESES
1307-2012	\$ 2.829.754	01/12/2012	DOS (02) MESES
ADC. 1307	\$ 1.414.877	01/02/2013	UN (01) MES
450-2013	\$ 7.247.000	01/03/2013	CINCO (05) MESES
ADC. 450	\$ 1.449.400	01/08/2013	UN (01) MES
1653-2013	\$ 4.500.000	01/09/2013	TRES (03) MESES
2094-2013	\$ 3.000.000	01/12/2013	DOS (02) MESES
ADC. 2094	\$ 1.500.000	01/02/2014	UN (01) MES
767-2014	\$ 3.000.000	01/03/2014	DOS (02) MESES
1341-2014	\$ 4.500.000	01/05/2014	TRES (03) MESES
2251-2014	\$ 1.500.000	01/08/2014	UN (01) MES
2784-2014	\$ 1.500.000	01/09/2014	UN (01) MES
3098-2014	\$ 1.500.000	03/10/2014	VEINTIOCHO (28) DIAS
3611-2014	\$ 1.500.000	01/11/2014	UN (01) MES
4519-2014	\$ 1.500.000	01/12/2014	UN (01) MES
152-2015	\$ 1.500.000	01/01/2015	UN (01) MES
1001-2015	\$ 3.000.000	01/02/2015	DOS (02) MESES
1840-2015	\$ 6.219.600	01/04/2015	CUATRO (04) MESES

Calle 22 Sur No. 8A-58
Código Postal 110421
Conmutador 2091480 Fax 2783980
www.esesancristobal.gov.co
Info Línea 195



Handwritten signature

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.023.866.988**

GOMEZ CETINA

APELLIDOS
ASTRID ANDREA

NOMBRES
ASTRID ANDREA GOMEZ C

FIRMA

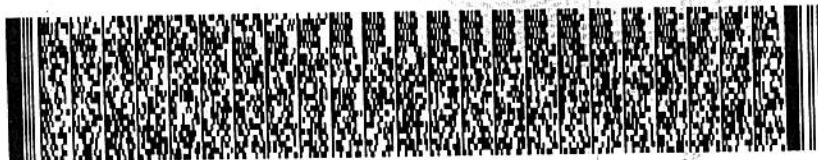


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1986**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 **A+**
ESTATURA G.S. RH
07-DIC-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-00848778-F-1023866988-20160914

0051123244A 1

1544051931

DIAN Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		MUNISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado		001	
2. Concepto 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario 14453239654			
				 (415)7707212489984(8020) 0000014453239654			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 3 8 6 6 9 8 8		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACION							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3		26. Número de identificación: 1 0 2 3 8 6 6 9 8 8		27. Fecha expedición: 1 9 8 6 1 1 0	
Lugar de expedición 28. País: COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1			
31. Primer apellido GOMEZ		32. Segundo apellido CETINA		33. Primer nombre ASTRID		34. Otros nombres ANDREA	
Razón social:							
36. Nombre comercial:							
37. Sigla:							
UBICACION							
38. País: COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1			
41. Dirección principal CL 37 C SUR 1 08							
42. Correo electrónico: astridgmc86@hotmail.com		43. Código postal		44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	51. Código:		
8 6 9 2	2 0 1 1 0 2 0 8			1 2			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código:							
1 2							
12-Ventas régimen simplificado							
Obligados aduaneros				Exportadores			
54. Código:				55. Forma 56. Tipo			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				Servicio 1 2 3			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				57. Modo			
				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos: SI NO X				60. No. de Folios: 0		61. Fecha: 2 0 1 8 0 2 0 2	
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 GOMEZ CETINA ASTRID ANDREA 985. Cargo: CONTRIBUYENTE			

CONTRIBUYENTE NIT 1023866988-2 ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA

Información General

Dirección CL 37 C SUR 1 08

Teléfonos 3646358/3133623285

Dirección electrónica astridgmc86@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2015

Soporte Inscripción 17104951

Fecha Inicio Actividades 22/01/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002721506



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ASTRID ANDREA

GOMEZ CETINA

C.C. 1023866988

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Clara Echeverri
REGISTRADORA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedición 19/02/2010



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 1237 de 04/02/2010

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GOMEZ CETINA ASTRID ANDREA Identificado(a) con CC número 1023866988 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE AUXILIARES ENFERMERIA E.S.A.E LTDA el día 18/07/2009 y registrado en el libro XX Folio XX año XX
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 GOMEZ CETINA ASTRID ANDREA identificado(a) con CC número 1023866988 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 04/02/2010

HERMAN REDONDO GÓMEZ.

Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C. 19-02-2010

A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Astrid Andrea Gomez Cetina
CC. # 1.023.866.988

Firma

Astrid Andrea Gomez Cetina

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1023866988

Primer Nombre *

ASTRID

Primer Apellido *

GOMEZ

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1023866988	ASTRID	ANDREA	GOMEZ	CETINA	Ver

Información Detallada [CC: 1023866988] ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Título	Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local		Auxiliar de enfermería	2010/2/04	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1023866988
Nombres y Apellidos	ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA		
Fecha de nacimiento:	10/11/1986		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
AH1N1	Primera dosis	11/05/2010			GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
T	Única				
DPT Acetular	Primera dosis	26/03/2015	Bostrix	AC37B152CA	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Fiebre amarilla	Primera dosis	12/05/2010	Stamaril		GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	20/02/2008	Tetavax		
	Segunda dosis	09/05/2010	Tetavax		
	Tercera dosis	12/05/2010	Tetavax		
	Cuarta dosis	04/06/2009	Tetavax		GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1023866988
Nombres y Apellidos	ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA		
Fecha de nacimiento:	10/11/1986		

Td	Quinta dosis	24/11/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	024B1007D 03 -/14	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Segunda dosis	29/05/2009			GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

VACUNA	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS	10-02-2007	2061089	Transcrito	
	2 DOSIS	12-03-2007	2061089	Transcrito	
	3 DOSIS	09-10-2007	2061089	Transcrito	
	REFUERZO	08-02-2008	2061103	Transcrito	
VARICELA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
DPTA	1 DOSIS				
NOMBRE: Astrid Andrea Gomez Cetina					

VACUNA	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS				
HEPATIS A	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
TOXOIDE TETANICO	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
REFUERZO	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
REFUERZO	1 DOSIS				
	2 DOSIS				

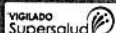
VACUNA	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTRÁXICA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
INFLUENZA					
HB 220	02 FEB 2018	1434033			
	5 AÑOS				



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:

www.inmunosalud.com



NIT: 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

NOMBRES: Astrid Andrea Gomez Cetina

DOCUMENTO: 1023866988 TEL:

SEDE PRINCIPAL Cra. 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.

SEDE RESTREPO Cra. 17 No. 15-46 Sur Local 305

PBX 749 53 41 - 278 7799 - Cel. 310 237 1397

inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.com



Tanias Salud
CENTRO DE VACUNACION E.U.

CERTIFICADO DE VACUNACION

NOMBRE: **ANDREA GOMEZ**

C.C. o T.I.: **1023 866 988**

DIRECCION: **Dg 386 WR # 10-14 esq**

TELEFONO: **2646358 - 320003525**

BIOTOSCANA S.A.

SCNOFIPASTEUR

La de todos vacunas del mundo es de calidad.

Carretera 15 No. 51 - 14 Consultorio 202 Bogotá D.C.

211 9288 - 255 6483

310 237 1397

taniasalud@elb.net.co

Technoquímicas

Nit. 900174965-3

Código de Prestador 110011779801

CENTRO DE VACUNACION E.U.

	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. Dosis	2661081		
	2a. Dosis	2661081		
	3a. Dosis	2661081		
HEPATITIS A	Refuerzo	2661081		
	1a. Dosis			
	2a. Dosis			
	3a. Dosis			
TRIPLE VIRAL	1a. Dosis	2661081		
	2a. Dosis			
	3a. Dosis			
VARICELA	1a. Dosis	2661081		
	2a. Dosis			
	3a. Dosis			
HEPATITIS B	1a. Dosis			
	2a. Dosis			
	3a. Dosis			
TETANICO DIFTERICO	1a. Dosis			
	2a. Dosis			
	3a. Dosis			
INFLUENZA	Refuerzo			
CITROS	1a. Dosis	AG194	05 Ago/18	Tania Salud
	2a. Dosis	AG194	05 Ago/18	Tania Salud

*Influenza(GRIPE) : Una dosis cada año

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 02/02/2018 14:37:08

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA

C.C 1023866988

EDAD 31 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio

SI ☐ NO ☒

Glic ☐

Col ☐

Triglic ☐

Otros ☐

Cuales

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

USO DE MEDIAS COMPRESIVAS ANTIVARICE/ VAL. POR NUTRICION EPS

USO DE EPP/PAUSAS ACTIVAS

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

Astrid Andrea Gomez C

FIRMA DEL PACIENTE



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

Laura Liliana Molina Molina
Dra. Laura Liliana Molina Molina
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic SO 7699-2014

FIRMA DEL ESPECIALISTA



Escuela de Auxiliares en Enfermería

E.S.A.E.

Formamos vidas para dar lo que no tiene precio. La Salud

INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Resolución 15-005 de Febrero 8 de 2016, Sec. de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No 00312 de Diciembre 10 de 2015, Min. De la Protección Social.

CERTIFICA A:

ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA

C.C. 1.023.866.988 de Bogotá D.C.

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BASICO

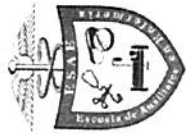
Intensidad 20 Horas


MARTHA AMAYA

Directora

Bogotá D.C. Septiembre 14 de 2016

Avenida 1 de Mayo No 30-33



Escuela de Auxiliares en Enfermería

E.S.A.E.

Formamos vidas para dar lo que no tiene precio. La Salud

INSTITUCIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Resolución 15-005 de Febrero 8 de 2016, Sec. de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No 00312 de Diciembre 10 de 2015, Min. De la Protección Social.

Certifica a:

ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA

C.C. 1.023.866.988 Bogotá D.C.

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL AVANZADO

Intensidad 40 Horas


MARTHA AMAYA
Directora

Bogotá D.C Septiembre 14 de 2016


HERNANDO AVILA
Docente



ESCUELA TECNICA DE CAPACITACIONES

COLOMBO-LATINA S.A.S

Asesorías, Capacitaciones y Entrenamientos En Salud y Seguridad Industrial

EL INSTITUTO DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO SEGÚN EL

DECRETO 4904 DE 2009 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LEY 15 DE 1994 Y ACUERDO O.M.S MATRICULA MERCANTIL. 0002788395

CERTIFICA QUE:

ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA

C.C. 1'023.866.988

Aprobó y Cumplió Satisfactoriamente con los Objetivos del Curso:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION

GUÍAS AHA 2015-2020, CUMPLIENDO LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE MAYO DE 2014.

Con una Intensidad de 40 horas Realizados en la Ciudad de Bogotá D.C.

dato a los 17 días del Mes de Septiembre de 2017

Verificación: esteccap@gmail.com

REP
para *Uso*

ALVARO DELA PENA PARRA
REPRESENTANTE LEGAL

DR. ALBERTO DAZA MORA
DIRECTOR CIENTIFICO

JOHANNANA TORIBE
DIRECTORA ACADÉMICA

ESCITECCAP030171240

Teléfonos: 316 320 94 24 WhatsApp: 312 429 50 45



ESCUELA TECNICA DE CAPACITACIONES COLOMBO-LATINA S.A.S

LA ESCUELA TECNICA DE CAPACITACIONES COLOMBO-LATINA S.A.S Y LA DIRECCION CIENTIFICA

CERTIFICAN QUE:

ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA
C.C. 1'023.866.988

Asistió Cumplió y Aprobó con los lineamientos del curso:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Entregado en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de Septiembre de 2017

TEMARIO:

- Situaciones Que Advierten Una Parada Cardio Respiratoria.
- Ritmos De Paro Desfibrilables Y No Desfibrilables
- Manejo De La Vía Aérea Avanzado
- Técnicas De Intubación
- Farmacología Y Utilización De Medicamentos En La Reanimación
- Manero Del Cardio Desfibrilador
- Síndromes Coronarios
- Manejo De Los Diagnósticos Diferenciales (6T-6H)
- Evento Cerebro Vascular

Basado En GUIDE LINES 2015 CPR AND ECC, De Acuerdo A Los Exigido En La Resolución 1043 Del Ministerio De La Protección Social Para El Personal De Salud.

Esta Certificación Tiene Una Vigencia De Dos Años.


Dr. Luis Alfredo Baza Mora
Dirección Científica
Instructor BLS-ACLS

ESCUELA TECNICA DE CAPACITACIONES COLOMBO-LATINA S.A.S
Carrera 15 No 36 -15
Teléfonos: 316 320 94 24
www.esctecap.com - info@esctecap.com - esctecap@gmail.com



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA identificado(a) con CC 1023866988 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios: 14/01/2010

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 7 días del mes de Febrero del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

07 FEB 2018

ENTREGADO

ANGIE ROCIO NUNEZ GUTIERREZ

APRENDIZ SENA

EPS FAMISANAR LTDA.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,023,866,988**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de Febrero de 2018.

Gerente de Clientes



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/02/05

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA**
con Cédula de Ciudadanía número **1023866988**
de **BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL**
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008480320582
Fecha Apertura 2010/05/05

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA



DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1023866988

Numero de Documento

Seguro Bolívar

ARL

Ashid

Primer Nombre

Andrea

Segundo Nombre

González

Primer Apellido

Cetmá

Segundo Apellido

10-11-1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

CL 37C SOR 1-00

Dirección de Residencia

3646358

Teléfono Fijo

Famisanal

EPS - Salud

Pensionar

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

ashidgmc86@gmail.com

Correo Electrónico

3133623285

Celular

Ashid Andrea González C

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de julio de 2018, a las 11:50:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023866988
Código de Verificación	1023866988180730115026

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	FECHA:	Nº FOLIOS:
NOMBRE DEL CANDIDATO:	DOCUMENTO:	
TELÉFONO:	ACTIVIDAD SOLICITADA:	

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FÍSICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS	☒
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI ☐
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒ N/A ☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☐ N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☐ NO ☐
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐ N/A ☐
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒ N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☒ N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIU _____ FECHA _____	SI ☒
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐ N/A ☐
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☒ N/A ☐
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒ N/A ☐
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒ N/A ☐
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☒ N/A ☒
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) Y/O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒ N/A ☐
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐ N/A ☒
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☒ N/A ☐
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APIH)	SI ☒ N/A ☐
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐ N/A ☒
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐ N/A ☒
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐ N/A ☒
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI ☒
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: <u>Famdundey</u>	SI ☐
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: <u>Ponemiv</u>	SI ☐
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: <u>Seguro Bolívar</u>	SI ☒
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☒

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Proceso Solicitante	Fecha:
V°/B° Talento Humano	Fecha:
V°/B° Contratación	Fecha:



Bogotá D.C., 30 de Julio de 2018 - 11:50 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTITRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO** de BOGOTÁ

1023866988

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 7_4HA61_4911

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:51:41 horas del 30/07/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1023866988**

Apellidos y Nombres: **GOMEZ CETINA ASTRID ANDREA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



Generación de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:	<input type="text" value="Cédula de ciudadanía"/>	Número Identificación:	<input type="text" value="1023866988"/>
Tipo de certificado:	☒ Ordinario ☐ Especial		
¿Escriba los dos primeros dígitos del documento a consultar?			<input type="text" value="10"/>
			
<input type="button" value="Generar"/>			

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga [clik aquí](#) para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: [CDI Software](#) Colombia
V.0.0.4

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

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

FECHA: 30/Julio/18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
Gomez		Cetinu		Astrid		Andrea			
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1023866988		Bogota		07-Dic-2004	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:			
11-10-86		Bogota		Colombia		Colombiana			
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒				O		O		N/A	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ HACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ CUAL: <input type="text"/>									

DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA	
C 37 e Sur # 7-08		Bogota		Cundinamarca		Colombia		3646358	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA			
astridgmc86@gmail.com		—				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒			
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX	

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
Cortes		Girayrazzin		Cristian		Cumile			
TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1023894091		Bogota		2008-03-17	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: Colombiana	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	8692	08-02-11
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR			SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒			Subred Integrada de Servicios de Salud C.O.			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	INDUSTRIA ☒	# NIT 900959051	
EXPORTACIONES	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: X						
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	PAIS		
Dg. 34 + 5-43	344 44 44	Bogotá		Cundinamarca	Colombia		
CARGO ACTUAL	Aux. de Atención al Cliente			FECHA VINCULACION			
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		GASTOS FAMILIARES	600.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	1410.000	ARRIENDOS	0	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	3.000.000
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	0	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	1410.000 =	TOTAL EGRESOS	600.000 =	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	3.000.000 =
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
Cefinza			Alexandra				
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
Dg. 38 g Sur 10-14 E	Bogotá		Amiga		367 3161 - 313 362 3285		
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO		
Dauwenda	Cuenta de Ahorro		100848032052	20 de Julio	338 38 38		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO		
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:							
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	AGOSERVICIOS ☐	RA ☐	CUAL: <input type="text"/>	

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Aux. de Atención al Cliente

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 destinarán a actividades lícitas.

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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

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 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 último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán 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 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de 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. (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 autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA 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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 113745752



WEB

16:34:50

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ASTRID ANDREA GOMEZ CETINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023866988:

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.