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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		**FECHA**		**Nº FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Anyi Valeria Cañón Rivas		**DOCUMENTO:**		1023948617
TELEFONO	3017583190		**ACTIVIDAD SOLICITADA:**		Trabajadora Social

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 FISICO

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 TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☐
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS 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 CIIU 7490 FECHA 01/01/18	SI ☒	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☒
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☒	N/A ☐
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL 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 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 APH)	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 ☒	
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI ☒	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Compensar	SI ☒	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Porvenir	SI ☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE Seguros Bolivar	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	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Proceso Solicitante		**Fecha:**	
Vº/Bº Talento Humano:		**Fecha:**	
Vº/Bº Contratación:		**Fecha:**	

Scanned by CamScanner

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÒNICO
DECLARACIÎN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÎMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÎN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Erika Paola Carreño Arics

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 1.023.948.617 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : Bogotà

DIRECCIÎN	TEL FONOS
Carrera 6A este # 36K - 14 sur	3017583492 - 3634742

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAíS
Bogota D.C	Cundinamarca	Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÎN	PARENTESCO
Flor Antonia Arics Parra	52'188.712	Mamá

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTíCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÎN POLíTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTíCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÎN [ ], PARA RETIRARME [ ], PARA ACTUALIZACIÎN [X], PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE [ ], QUE LOS ÒNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÎN :

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el " ltimo" a o gravable fueron :

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMçS INGRESOS LABORALES	12' 100.000 =
CESANTíAS E INTERESES DE CESANTíAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÎN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	12' 100.000 →

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÒMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Colpatria	Ahorros	00281209760 6	Bogotà	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÎN DEL BIEN	VALOR

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEYES 190 DE 1995)

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	No

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Erika Carreño
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogota D.C - 13 Febrero 2018
CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | **Fecha de Radicación** 16 02 2018

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	59
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [X]	
	B. Colectiva [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]				
	D. De oficio [ ]				

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Carrión	Segundo Apellido: Arias	Primer Nombre: Erika	Segundo Nombre: Paola
7. Tipo de documento de identidad: C.C	**8. Número de documento de identidad:** 1.023.948.617	**9. Sexo** Femenino [X] Masculino [ ]	**10. Fecha de nacimiento:** 18 01 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				Seguros Bolivar	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
1817242	Dirección: Carrera 6TA este # 36K-14 Sur	3634792	3017583992

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento
erika96paola@gmail.com	Bogotá D.C	Urbana [X] Rural [ ]	San Cristobal Sur	Cundinamarca

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre: 1.023	Segundo Nombre: 948 617
20. Tipo de documento de identidad	**21. Número de documento de identidad**	**22. Sexo** Femenino [ ] Masculino [ ]	**23. Fecha de nacimiento** D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
B1	Arias	Parra	Flor	Antonia	C.C	52'188.712	X	
B2							N/A	
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M T P)	31. Discapacidad Condición (F N M T P)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	30 07 1975	Mama	PO			Bogotá D.C	X		Cundinamarca	3112197715	N/A
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B	HMHD	1052
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
Erika Carrión	1.023.948.617

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo [illegible] la calidad [illegible] afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de validación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	Número de la ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]		

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	**Número de documento de identidad**	**71. Firma del funcionario**	

16 FEB 2018 Cod 654 Lida J Mendoza P. SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: NUEVO X EL ORDENADOR DE PAGO, APORTE 02/18. N/A BI TM/TA SOPORTE.

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud
PROGRAMA COMPENSAR EPS ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS) PLAN COMPLEMENTARIO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS)
VIGILADO SuperSubsidio

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 13-02-2018
Hora: 4:56:15 PM

CONTRIBUYENTE CC 1023948617 ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

Información General

Dirección KR 6A ESTE 36K 14 SUR

Teléfonos 3634742

Dirección electrónica erika96paola@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 13/02/2018

Soporte Inscripción 23414944

Fecha Inicio Actividades 01/02/2018

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002747923

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,023,948,617**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Febrero de 2018.

Gerente de Clientes

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Carreño	Arias	Erika Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.023.948.617

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 01 MES 01 AÑO 1996

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá D.C

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 6A este # 36K - 14 sur

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogota D.C

TELÉFONO: 3017583492 EMAIL: erika96paola@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2011

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Pregrado	8	X		Trabajadora Social	08	2016	313801013-1

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

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ADECCO - Fundación hospital San Carlos		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	Jose.Mendez@adecco.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3259500 - Ext 129 7443333 - Ext 1802	DÍA 19 MES 05 AÑO 2016	DÍA 21 MES 08 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Administrativa	Trabajo Social y Atención al Usuario	Carrera 12D # 32 - 44 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Adecco - Fundación Hospital San Carlos		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	Jose. Mendez @ adecco.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3259500 Ext 129 7443333 ext 1802 - 3106	DÍA 12 MES 08 AÑO 2016	DÍA 02 MES 04 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Trabajadora Social	Gestion del Servicio	Carrera 12D # 32 - 44 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación hospital San Carlos		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	Servicio al cliente @ #HSC.org.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7443333 Ext 1802 - 1803 - 3104 - 1112 - 1112	DÍA 03 MES 04 AÑO 2017	DÍA 17 MES 11 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Trabajadora Social - planta Directa	Gestión del Servicio	Carrera 12D # 32 - 44 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Escuela Deportiva Oxo Sanchez		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	Malulopatin @ hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3144464526	DÍA 07 MES 09 AÑO 2013	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Administrativa	Club de patinaje - Sede velodromo	Velodromo 1 de Mayo

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO X 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 PUBLICA.

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

Erika Carreño

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.948.617
CARREÑO ARIAS

APELLIDOS
ERIKA PAOLA

NOMBRES

Erika Carreño Arias

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-ENE-2014 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00551316-F-1023948617-20140303 0037502726A 1 42253498

Sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000045044

COMUN

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

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EMPRESA PARTICULAR

FECHA 14/02/2018 11:54:37

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO PERIÓDICO

NOMBRE Y APELLIDO: ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS C.C 1023948617

EDAD 22 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** TRABAJADOR SOCIAL

EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio	SI NO ✓
Visiometria	✓	Glic Col Trigli Otros	
Audiometria		Cuales	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Espirometria		Radiografias	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el dia 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 LENTES
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

Erika Carreño

FIRMA DEL PACIENTE



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

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

Scanned by CamScanner

Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto Reglamentario No. 2833 de 1981



TRABAJADOR (A) SOCIAL
Código: 313801013-I

Registro: 1.023.948.617
Nombres: Erika Paola
Apellidos: Carreño Arias
Inscripción: 20 de septiembre 2016
Vigencia: 20 de septiembre 2026

Registro Profesional

1. Este Registro Profesional es personal e intransferible
2. De uso en todo acto de ejercicio de la profesión de Trabajo Social

5328773138010131933

CALLE 78 Nº 12 A - 15 TELEFAX: 257 6129

BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIC

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:	13/02/2018	CIUDAD:	Bogotá D.C	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	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Carreño	Arias	Erika	Paola		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.023.948.617	Bogotá D.C	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
18-01-1996	Bogotá D.C	Colombia	Colombiana.

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A)	Mamá Abuelos	0	3019583492

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Carrera 6A este #36-14 Sur	Bogotá D.C	Cundinamarca	Colombia	3634742

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
erika96paola@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
—//—	—//—//—	—//—//—	—//—

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	—//—	☐ —//—	—//—
PASAPORTE ☐	OTRO CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐			NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	7490	01-02-2018
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]	# NIT	900.959.051-7

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] NANCIERA TRANSPORTE TE[ ]OLOGIA ALI[ ]TOS MEDI[ ]MENTOS [ ]

OTRA [ ] CUAL: [X Secretaria de Salud Subred Integrada Centro Oriente]

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
		Bogota D.C	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	Trabajadora Social	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	0	GASTOS FAMILIARES	900.000	AHORROS	100.000	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	2'700.000	ARRIENDOS	0	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
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*	500.000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	2'700.000	TOTAL EGRESOS	1'400.000	TOTAL ACTIVOS	100.000	TOTAL PASIVOS	0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Lopez	Lozano	Martha	Luz

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Carrera 51B # 16-21 Sur	Bogotá / Cundinamarca Colombia	Personal	3144464526

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPOR[ ]ON EXPORTA[ ]N TRANSFERENCI[ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ]RA [ ] 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.):

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

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

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

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

Erika Carreño

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha	12-02-2018	**2. Ciudad**	Bogotá D.C
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:		

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.023.948.617	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Erika	Paola	Carreño	Arias
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

18/01/1996	Bogota D.C	Cr 6A este #36K-14S	3634792
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Porvenir	$ 1'236.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Trabajadora Social	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

erika96paola@gmail.com	3017583492
Correo Electrónico	Celular

Erika Carreño	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

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 lunes 12 de febrero de 2018, a las 19:09:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023948617
Código de Verificación	102394861718021219091 3

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

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

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

COLPATRIA MULTIBANCA
Vivimos lo mismo que tú.
del grupo Scotiabank

BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A

NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros **No. 002812097606** con fecha de apertura **13 de Abril de 2016** , presenta un saldo a la fecha de **$**, de la(los) cual(es) es(son) titular(es):

El(la) señor(a) **ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS**, identificado(a) con tipo de documento **CC No. 1023948617**

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de **BOGOTÁ,** a los **13 dias del mes Febrero del 2018**

Cordialmente,

NURY LUIS MONTAÑA
DIRECCIÓN SERVICIO RETAIL
Gerencia Relaciones con Clientes

Multilínea
Bogotá 7561616
Cali 4891616
Medellín 6041616
Barranquilla 3851616
Ibagué 2771616
Pereira 3401616
Cartagena 6931616
Neiva 8631616
Bucaramanga: 6971616
Resto del País
01 8000 522 222

INGRESA EN:
www.colpatria.com

ENCUÉNTRANOS EN MÁS DE 175 oficinas por todo el país.

Multibanca Colpatria

@Colpatria

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2093417

Bogotá D.C., 12 de Febrero de 2018 - 19:32 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CEDULA DE CIUDADANIA No: **UN MIL VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS DIECISIETE**

1023948617

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.

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.023.948.617 , se encuentra Retirado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS NIT 860007373, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170403	20171217	128

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
FLOR ANTONIA ARIAS PARRA	PD	52188712	CC	20170301	20170630	Retirado	152

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Febrero de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
9176715

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 12/02/2018 a las 19:28:44 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 102394 y Nombres: OSORIO CRUZ MIGUEL
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República
Ministerio de Defensa
Gobierno en Línea
Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.



VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	Y34021	02 MAR. 2016	Inmunosalud
	2 DOSIS	FX17009	13 FEB 2018	Inmunosalud
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			

NOMBRE: Erika paola Carreño Anos

¡Vacúnate!

SERVICIO EFICIENTE Y EFICAZ

Es protección para tu salud y requisito para tu práctica laboral.

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS	92273	02 MAR. 2016	Inmunosalud
	2 DOSIS	2503164	13 FEB 2018	Inmunosalud
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

Cód. de Prestador 11-00117798-012
Tania Salud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
Inmunosalud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

PBX:
211 9289
Cel.: 310 237 1397

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

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

inmunosalud@outlook.com
www.inmunosalud.com

Cód. de Prestador 11-00117798-012
Tania Salud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
Tania salud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VIGILADO Supersalud

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: Erika paola Carreño Anos

DOCUMENTO: 1023 948 617

TELÉFONO:

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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 105844489

WEB
20:15:53

Bogotá DC, 12 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) ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023948617:

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.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
UNIMONSERRATE

Personería Jurídica Resolución No. 1381 de 1983

del Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 4072

En la ciudad de Bogotá, el día 12 de Agosto de 2016, previa autorización dada mediante RESOLUCIÓN RECTORAL - 026 del 22 de Julio de 2016, y con la presencia de las directivas de la Fundación Universitaria Monserrate, se efectuó el acto de graduación de **ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS, CC 1023948617** expedida en BOGOTÁ, quien cursó todo el plan de estudios del Programa TRABAJO SOCIAL, Registro Calificado 1834, y cumplió con los requisitos y disposiciones legales establecidas para optar al título de TRABAJADORA SOCIAL.

Registrado en el Folio No.18317, Libro 1 de fecha 12 de Agosto de 2016.

RICARDO ALONSO PULIDO AGUILAR
RECTOR

ALBERTO ANTONIO MONTENEGRO POVEDA
SECRETARIO GENERAL

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente

Nota: Los nombres que aparecen arriba, están firmados en el original.

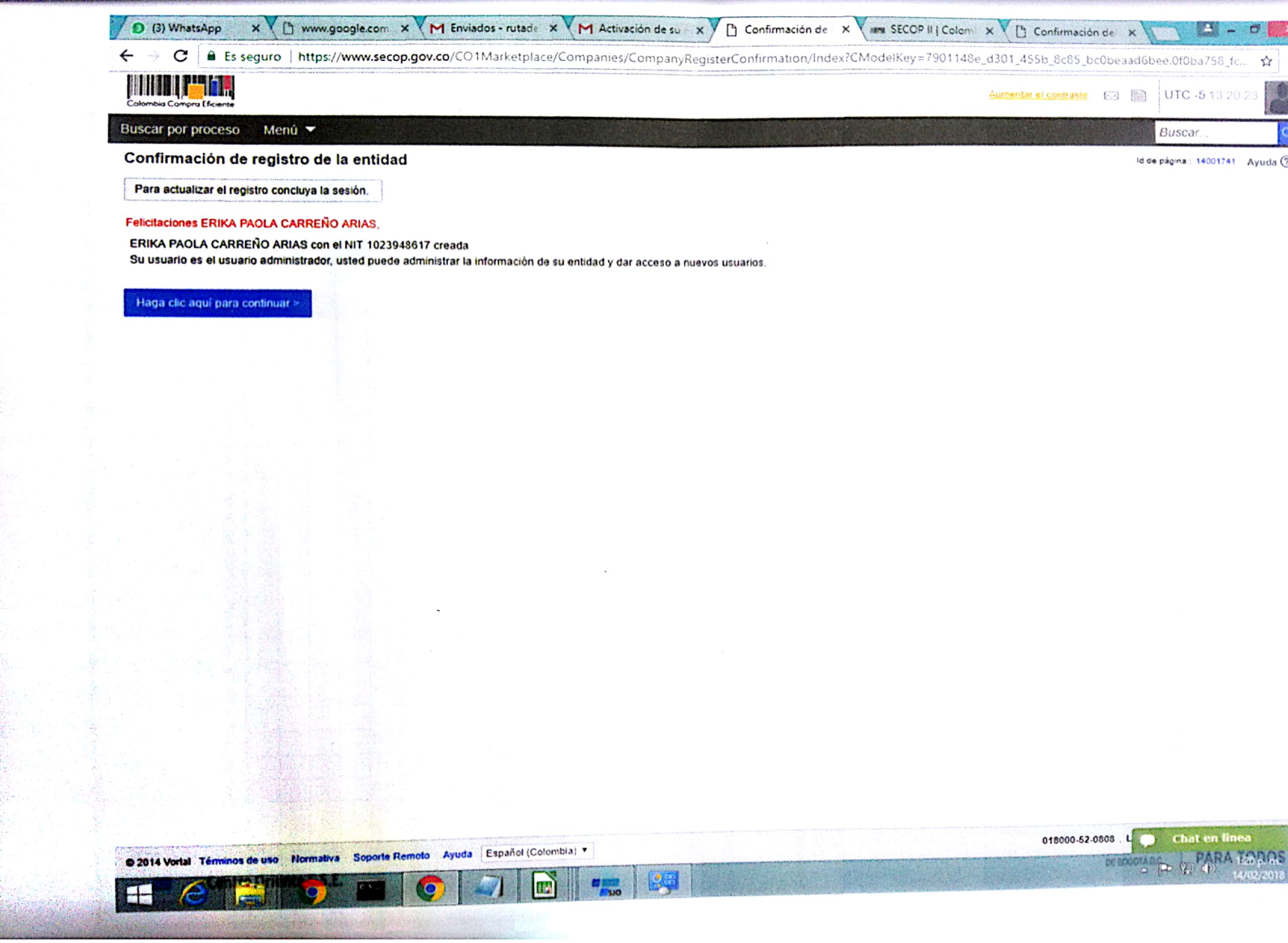
Esta acta tiene validez con la firma del Secretario General y sello seco.

Firmas

ALBERTO ANTONIO MONTENEGRO POVEDA
SECRETARIO GENERAL

Fecha de expedición: 12 de Agosto de 2016

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E	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

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

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

Trabajadora Social
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Erika Carreño

No. de documento: 1.023.948.617 Btá.

Tarjeta profesional No.: 313801013-1

Dirección de contacto: Carrera 6A este # 36K-14 Sur

Teléfono: 3634742 - 3017583492 - 3112197715

ADECCO COLOMBIA SA

CERTIFICA QUE:

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS, identificado(a) con Cédula de Ciudadania número 1023948617 expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañia desde el 19/05/2016 hasta el 21/08/2016 mediante un contrato Labor Contratada desempeñando el cargo de AUXILIAR ADMINISTRATIVA.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a A QUIEN INTERESE, con fecha lunes, 22 de enero de 2018.

Atentamente

Jose Mauricio Mendez Rozo
Lider de Contratacion
3259500 ext 129
Jose.Mendez@adecco.com
Calle 73 # 7 - 60 Piso 2

ADECCO COLOMBIA SA

CERTIFICA QUE:

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS, identificado(a) con Cédula de Ciudadania número 1023948617 expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañia desde el 22/08/2016 hasta el 02/04/2017 mediante un contrato Labor Contratada desempeñando el cargo de TRABAJADORA SOCIAL.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a A QUIEN INTERESE, con fecha lunes, 22 de enero de 2018.

Atentamente

Jose Mauricio Mendez Rozo
Lider de Contratacion
3259500 ext 129
Jose.Mendez@adecco.com
Calle 73 # 7 - 60 Piso 2

LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS
NIT.860.007.373-4

CERTIFICA QUE:

El (La) señor(a) **ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía **No. 1.023.948.617**, laboró en la Fundación mediante contrato a término **INDEFINIDO** desde **EL 03 DE ABRIL DE 2017 HASTA EL 17 DE NOVIEMBRE DE 2017**, Desempeñando el cargo de **TRABAJADORA SOCIAL.**

Se expide en Bogotá, D.C., a los Diecisiete (17) días del mes de Noviembre de Dos Mil Diecisiete (2017).

Atentamente,

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS
Nit: 860.007.373-4
DIRECTOR DE TALENTO HUMANO

LUIS JAVIER COBA BERNAL
Director De Talento Humano
Fundación Hospital San Carlos

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MONSERRATE

Personería Jurídica según Resolución No. 1381 del 3 de febrero de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

EN ATENCIÓN A QUE

Erika Paola Carreño Arias

C.C. No. 1.023.948.617 expedida en Bogotá

Ha cursado el plan de estudios y cumplido los requisitos de grado y las disposiciones legales establecidas para optar a un título de Educación Superior en la

Escuela de Ciencias Humanas y Sociales

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Trabajadora Social

Con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos que a tal Título le corresponden.

En constancia se expide, firma y sella el presente Diploma en Bogotá, D. C. el día 12 de Agosto de 2016.

Rectoría

Decanatura

Dirección del Programa

Secretaría General

REGISTRO INSTITUCIONAL

Reconócese este Título para todos los efectos legales.
Bogotá, D. C. 12 de Agosto de 2016.
Registrado en el Folio 18317 del Libro No. 1

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
UNIMONSERRATE

Personería Jurídica Resolución No. 1381 de 1983

del Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 4072

En la ciudad de Bogotá, el día 12 de Agosto de 2016, previa autorización dada mediante RESOLUCIÓN RECTORAL - 026 del 22 de Julio de 2016, y con la presencia de las directivas de la Fundación Universitaria Monserrate, se efectuó el acto de graduación de **ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS, CC 1023948617** expedida en BOGOTÁ, quien cursó todo el plan de estudios del Programa TRABAJO SOCIAL, Registro Calificado 1834, y cumplió con los requisitos y disposiciones legales establecidas para optar al título de TRABAJADORA SOCIAL.

Registrado en el Folio No.18317, Libro 1 de fecha 12 de Agosto de 2016.

RICARDO ALONSO PULIDO AGUILAR
RECTOR

ALBERTO ANTONIO MONTENEGRO POVEDA
SECRETARIO GENERAL

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente

Nota: Los nombres que aparecen arriba, están firmados en el original.

Esta acta tiene validez con la firma del Secretario General y sello seco.

Firmas

ALBERTO ANTONIO MONTENEGRO POVEDA
SECRETARIO GENERAL

Fecha de expedición: 12 de Agosto de 2016

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: 14457177667

(415)7707212489984(8020) 000001445717766 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 3 9 4 8 6 1 7	8	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 ciudadania 1 3	1 0 2 3 9 4 8 6 1 7	2 0 1 4 0 1 2 8

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
CARREÑO	ARIAS	ERIKA	PAOLA

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 6 A ESTE 36 K 14 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
erika96paola@gmail.com		3 6 3 4 7 4 2	3 0 1 7 5 8 3 4 9 2

CLASIFICACION

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código: 7 4 9 0	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 8 0 2 0 1	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	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	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 2 1 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: CARREÑO ARIAS ERIKA PAOLA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.023.948.617

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION Y SERVICIO AL CLIENTE.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de septiembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

38519242 - 09/09/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001266694CC1023948617C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.023.948.617

Cursó y aprobó la acción de Formación

TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los trece (13) días del mes de marzo de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

42156708 - 13/03/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001366520CC1023948617C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.023.948.617

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los cuatro (4) días del mes de abril de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

42911693 - 04/04/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001374341CC1023948617C.

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

HACE CONSTAR QUE:

ERIKA CARREÑO

Asistió al evento:

"EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL"

Realizado en Bogotá, el día 25 de noviembre de 2016.

GERMÁN ESCOBAR AMORALES
Jefe Oficina de Calidad

Personería de Bogotá, D.C.

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C., Y LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

CERTIFICAN QUE

ERIKA PAOLA CARREÑO

C.C. 960.118

Aprobó satisfactoriamente el Diplomado "Gestión y Control Social Ambiental" dirigido a los Personeros Ambientales de la Personería de Bogotá, en el marco de las Políticas Públicas del Distrito Capital, con una intensidad de 120 horas, del 22 de agosto al 5 de diciembre de 2009, dado el Convenio suscrito entre la Personería de Bogotá y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

Bogotá, D.C., febrero 20 de 2010

RANCISCO ROJAS BIRRY

CÉSAR AUGUSTO TRIVIÑO RUILA

JORGE ENRIQUE SARY BETRÁN

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
UNIMONSERRATE
Trabajo Social

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MONSERRATE - UNIMONSERRATE
LA ESCUELA DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES Y EL
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

Certifican que:

CARREÑO ARIAS ERIKA PAOLA

Documento No. CC. 1023948617

Asistió en calidad de participante al Evento Académico

I Encuentro Internacional y VI Institucional sobre Tendencias en Investigación en Ciencias Sociales y Trabajo Social

REFLEXIONES EN TORNO A LA PAZ: APORTES DESDE TRABAJO SOCIAL.

Realizado los días 22, 23 y 24 de abril de 2015

Luis Alberto Arias
Director de Investigación
Programa de Trabajo Social Unimonserrate

Carlos Hipólito García Reina
Secretario General
Fundación Universitaria Monserrate - Unimonserrate

II Encuentro Nacional sobre formación Investigativa en Trabajo Social

El Consejo Nacional para la Educación en Trabajo Social - CONETS y la Universidad del Valle

Certifican que:

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

C.C. No. 1.023.948.617

Participó en calidad de Asistente en el **II Encuentro Nacional sobre Formación Investigativa en Trabajo Social**
desarrollado del 6 al 8 de mayo de 2015
con una intesidad de 24 horas

Dado en Bogotá a los 8 días del mes de mayo de 2015

CLAUDIA C. GONZALEZ RAMIREZ
Presidenta Conets Colombia

MARTHA LUCIA ECHEVERRY
Directora de Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano

Universidad del Valle

CONETS COLOMBIA

II Encuentro sobre el desarrollo de investigación en Familia

RED DE PROGRAMAS UNIVERSITARIOS EN FAMILIA

LA RED DE PROGRAMAS UNIVERSITARIOS EN FAMILIA

Certifican que:

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

C.C.1023948617

Participó en el:

II ENCUENTRO SOBRE EL DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN EN FAMILIA

Realizado el día 9 de mayo de 2014
Con una intensidad de 8 horas

María Constanza Gutiérrez Aldana
Coordinadora de la Red de Programas Universitarios en Familia

Elsa Rodríguez Caldas
Directora Especialización Consultoría en Familia y Redes Sociales

RED DE PROGRAMAS UNIVERSITARIOS EN FAMILIA · UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS · UNIVERSIDAD DE LA SALLE

BOGOTÁ BICENTENARIO

Certificado de Participación

Se otorga el presente certificado a:

Erika Paola Carreño Arias

Por haber participado en el proceso de sensibilización comunitaria con acciones pedagógicas para la promoción, prevención y formación integral encaminada al restablecimiento de los derechos de las personas, a través de un proyecto de difusión de Derechos Humanos; en el marco del Convenio de Asociación No. 203 de 2009, firmado entre el Fondo de Desarrollo Local de San Cristóbal y la Corporación CODESTA.

WILLIAM ROBERTO HERRERA H.
Alcalde Local de San Cristóbal

CARLOS ANDRÉS CRUZ DELGADILLO
Coordinador General del Convenio

LUIS CARLOS PULGARÍN CEBALLOS
Asesor General Proyecto Derechos Humanos

Bogotá D.C.
22 de Junio de 2010

ADMINISTRADORA LOCAL CRISTOBAL

CODESTA

ALCALDÍA MAYOR

BOG bogotá positiva