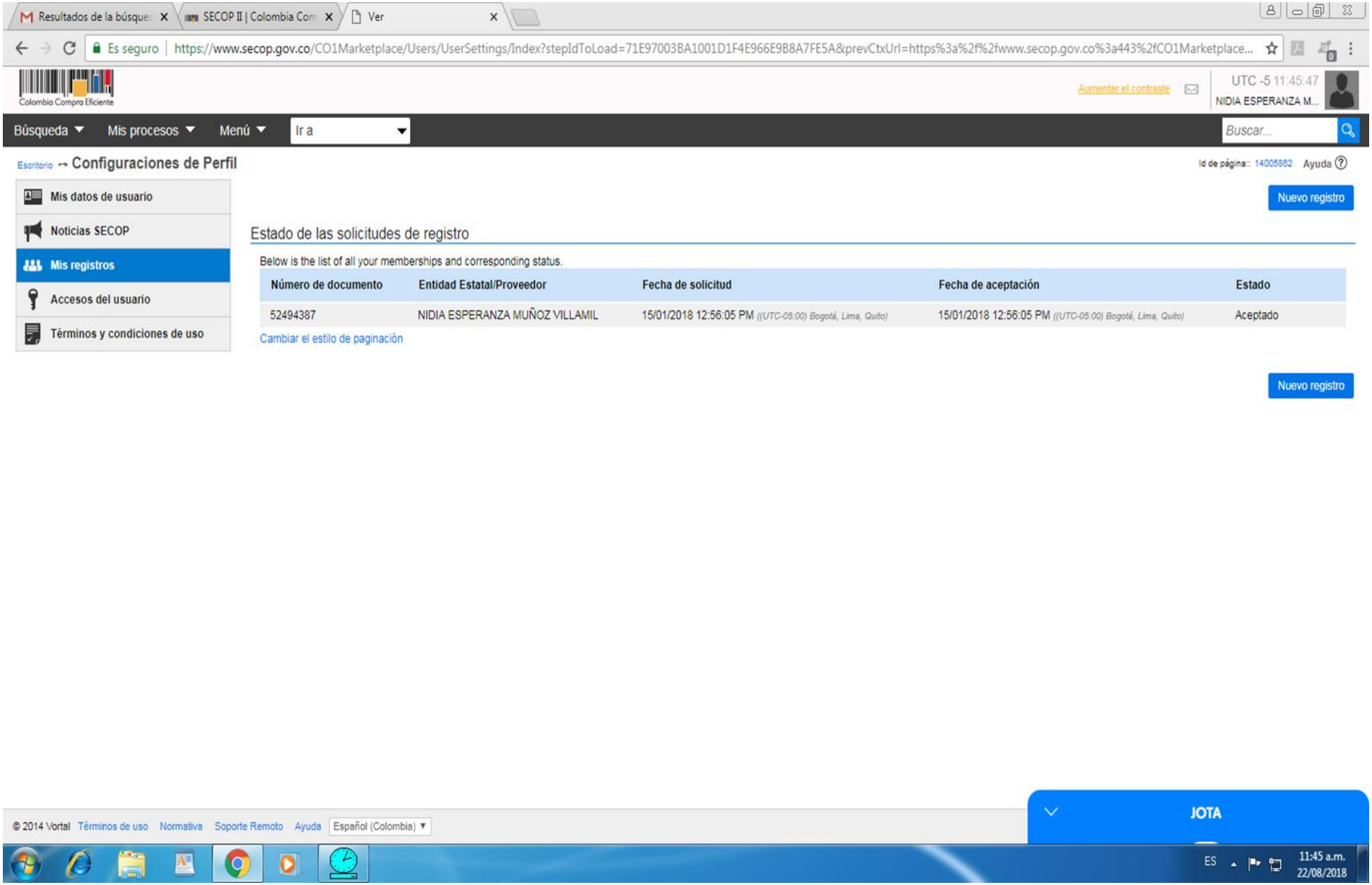

Resultados de la búsque
SECOP II | Colombia Com
Ver
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=71E97003BA1001D1F4E966E9B8A7FE5A&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1Marketplace...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 11:45:47
NIDIA ESPERANZA M...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ↔ Configuraciones de Perfil
Id de página:: 14005862
Ayuda
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Nuevo registro
Estado de las solicitudes de registro
Below is the list of all your memberships and corresponding status.
Número de documento
Entidad Estatal/Proveedor
Fecha de solicitud
Fecha de aceptación
Estado
52494387
NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL
15/01/2018 12:56:05 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
15/01/2018 12:56:05 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
Cambiar el estilo de paginación
Nuevo registro
© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
JOTA
ES
11:45 a.m.
22/08/2018

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 (Q DE CASADA)	NOMBRES
MUÑOZ	VILLAMIL	NIDIA ESPERANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52.494.387

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAIS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DIA 2,7 MES 0,8 ANO 1,9,7,8

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

CALLE 64 124 08 san Lorenzo engativà

PAIS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

TELEFONO 3058172229-3115189883 EMAIL mipanchavilla@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACION BASICA 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)

EDUCACION BASICA											TITULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 ANO 1996
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA 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
UN	8	X		ENFERMERA UNAL	03	2009	22013

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPANOL 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 PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DIA MES ANO	DIA MES ANO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
SALUD VIDA		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTA		
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3274141	DIA 16 MES 03 ANO 2017	DIA 15 MES 11 ANO 2017	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION	
ENFERMERA	PROF CONCILIACION C MEDICAS	Calle 40ª 13 06	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
FUNDACION SAN CARLOS		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTA		
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3259500	DIA 03 MES 03 ANO 2016	DIA 02 MES 01 ANO 2017	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION	
ENFERMERA	MEDICINA INTERNA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
HOSPITAL CHAPINERO	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTA		
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
2256 72 24 - 256 53 31	DIA 13 MES 03 ANO 2013	DIA 15 MES 06 ANO 2014	
ENFERMERA	SALUD PUBLICA	CL 6 CON 15	

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 NUMERO DE ANOS Y MESES.

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
ENFERMERA	10	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO 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 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. Agosto 27 de 2018

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, NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL

IDENTIFICADO CON: C.C. ☑ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 52,494,387 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	BOGOTA
Dirección	CALLE 64 124 08	Teléfonos	3115189883-3058172229		

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GEINER EDUARDO MUÑOZ VILLAMIL	79,865,446	HERMANO
EDWIN ALBEIRO MUÑOZ VILLAMIL	1,014,206,638	HERMANO
JOSE EDILBERTO MUÑOZ VILLAMIL	4,094,598	PADRE

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	-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	7770263320	BOGOTA	$ -
BANCOLOMBIA	AHORROS	207-351149-29	BOGOTA	$ -
				$ -
				$ -

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: **SI** ☐ 1 **NO** ☑ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA, 27 de Agosto de 2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Enfermera

A

Nidia Esperanza Muñoz Villamil

C.C: 52194367 Bogotá

N CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDC
TIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, 20 de Marzo de 2009

FIRMA DE FACULTAD

RECTORÍA

SECRETARÍA GENE

REGISTRO No. 294 Libro 3 Folio 20

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Enfermería

ACTA DE GRADO NÚMERO 294

El Consejo de Facultad en su sesión del día 19 de Febrero de 2009 Acta 003

CONSIDERANDO QUE

Nidia Esperanza Muñoz Villamil

C.C: 52194387 Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Enfermera

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 112583 *consignado en el Registro No.* 294 Libro 3 Folio 20

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, 19 de Febrero de 2009

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Enfermera

A

Nidia Esperanza Muñoz Villamil

C.C: 52194367 Bogotá

N CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDC
TIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, 20 de Marzo de 2009

FIRMA DE FACULTAD

RECTORÍA

SECRETARÍA GENE

REGISTRO No. 294 Libro 3 Folio 20

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Enfermería

ACTA DE GRADO NÚMERO 294

El Consejo de Facultad en su sesión del día 19 de Febrero de 2009 Acta 003

CONSIDERANDO QUE

Nidia Esperanza Muñoz Villamil

C.C: 52194387 Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Enfermera

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 112583 *consignado en el Registro No.* 294 Libro 3 Folio 20

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, 19 de Febrero de 2009

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

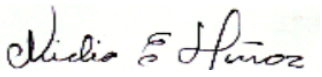
Yo, NIDIA ESPERANZA MUÑIOZ VILLAMIL en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal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

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

ENFERMERA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 52.494.387

Tarjeta profesional No: 22013

Dirección de contacto: CALLE 64 124 08

Teléfono: 3115189883- 3058172229

SALUDVIDA E.P.S.

Muchos te cuidan cuando algo te pasa, SALUDVIDA además, te cuida para que no te pase.
Línea Nacional: 018000 124440
www.saludvidaeps.com

CERTIFICACIÓN

SALUDVIDA EPS, se permite certificar que el(a) señor(a) **MUÑOZ VILLAMIL NIDIA ESPERANZA** mayor de edad, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **52494387,** laboró por intermedio nuestro como TRABAJADOR(A) en **SALUDVIDA EPS,** en la ciudad de **BOGOTÁ**, desde el **16 de marzo de 2017** hasta el **15 de noviembre de 2017**, mediante un contrato a **Termino Fijo.**

Que el último cargo desempeñado fue el de **PROFESIONAL 2 DE CONCILIACION DE GLOSAS** con un sueldo básico mensual de **$2907200** MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

La presente se expide a solicitud del empleado dirigida a **QUIEN INTERESE,** con fecha **03 de noviembre de 2017**.

Atentamente,

DIANA LORENA BELTRAN APONTE
Gerente Nacional de Talento Humano
Tel. 3274141 EXT. 1601
e-mail dlorenabeltran@saludvidaeps.com

Adecco

CERTIFICACIÓN

ADECCO COLOMBIA SA, se permite **CERTIFICAR** que la señora **NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL**, mayor de edad, identificado(a) con Cédula de Ciudadania número **52494387** expedida en Bogotá, labora con nosotros como TRABAJADOR EN MISION ante la empresa usuaria FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS, en la ciudad de Bogotá, mediante un contrato Labor Contratada desde el 03/03/2016 .

Que el cargo desempeñado en la actualidad es el de **ENFERMERO (A) JEFE** con un sueldo básico mensual de **($1.236.500,00)** MONEDA LEGAL COLOMBIANA..

*** Auxilio Alimentacion (Nov. Fija - No Salarial) (No Salarial): $665.600,00**

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **A QUIEN INTERESE**, en la ciudad de Bogotá, con fecha lunes, 02 de enero de 2017.

ATENTAMENTE

Gloria Susana Ríos
Responsable de Gestión
3259500 Ext 130-128
gloria.rios@adecco.com

hospital chapinero
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL CHAPINERO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NIT: 830077652-4

C E R T I F I C A:

Que, **NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL** identificado/a con cédula de ciudadanía No **52.494.387**, celebro las ordenes de prestación de servicio con el **HOSPITAL CHAPINERO E.S.E.** que más adelante se relacionan, cuyo objeto es prestar servicios profesionales de **ENFERMERA.**

No de Orden	Plazo de Ejecución	Remuneración mensual
238/2013	4 Meses desde el 13 de Marzo del 2013	$2.756.411
Adición	41 días calendario hasta el 31 de agosto del 2013	$2.756.411
512/2013	Un mes desde el 01 de Septiembre del 2013	$4.000.000
Adición	Un mes desde el 01 de Octubre del 2013	$4.000.000
Adición	(2) dos meses (15) quince días calendario más, por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 15 de Enero del 2014	$4.000.000
Adición	Un mes y quince días calendario más hasta el 28 de febrero de 2014	$4.000.000
Adición	2 meses desde el 01 de Marzo de 2014	$4.000.000
Adición	2 meses desde el 01 de Mayo de 2014	$4.000.000

Las mencionadas órdenes de servicios no generan ningún vínculo laboral entre el hospital y el contratista, por lo tanto el Hospital no está obligado a pagar sumas de dinero al contratista por concepto de prestaciones sociales, seguridad social indemnizaciones o cualquier concepto distinto al valor de los honorarios establecidos en las citadas órdenes de prestación de servicios.

Se expide en Bogotá D.C, el 12 de Junio de 2014, a solicitud del interesado para ser presentada a quien interese

ADRIAN VALBUENA CRUZ
Enfermera-Coordinación Salud Pública

Proyectó: Jesús Alejandro Serrano Beltrán
OPS 535 de 2013
Revisó: Nidia Inés Ocella Acosta
OPS 787 de 2013

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.494.387**

MUÑOZ VILLAMIL

APELLIDOS

NIDIA ESPERANZA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-1978**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-DIC-1996 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00083425-F-0052494387-20080929 **00038**51180A 2 1290018474

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

3. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14283077863

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 4 9 4 3 8 7 — 3

6. DV

12. Dirección seccional: Seccional de Bogotá 3 2

14. Dirección electrónica

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 5 2 4 9 4 3 8 7

27. Fecha expedición: 1 9 9 6 1 2 1 4

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: MUÑOZ

32. Segundo apellido: VILLAMIL

33. Primer nombre: NIDIA

34. Otros nombres: ESPERANZA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección: CL 63 B 116 B 15 BRR MIRADOR II

42. Correo electrónico: espiranzitam2000@gmail.com

43. Apartado aéreo:

44. Teléfono 1: 2 2 7 6 5 5 6

45. Teléfono 2: 3 1 1 5 1 5 9 8 8 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
48. Código: 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 0 5 2 8	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades

53. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 — 2 0

55. Obligación NIT

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 4 0 2 2 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

564. Nombre: REYES CAMARGO ERIKA ANDREA

565. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 21-02-2014 11:58:55AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-02-2014
Hora: 3:20:42 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52494387-3 NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL

Información

Dirección CL 63 B 118 B 15

Teléfonos 2276556-3115189883

Dirección electrónica esperanzitam2000@gmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 29/09/2012

Soporte Inscripción 14623407

Fecha Inicio Actividades 23/07/2004

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:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14310608060

(415)7707212489984(8020) 000001431060806 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 1 8 2 6 0 5 8	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 1 2 1 8 2 6 0 5 8	2 0 0 4 1 1 1 8

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIOS	COGOYO	YURY	ANDREA

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 2 33 80

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
andrearios0808@hotmail.com		3 1 2 3 2 6 3 0 8 6	3 1 2 5 1 4 2 1 0 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 9 1 2 1 8					2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒ 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 0 8 2 8

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:

1121826058

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

984. Nombre GOMEZ PEÑA ANA ISABEL
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 28-08-2014 03:21:44PM

DOCUMENTO SIN VALIDEZ

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO
NOMBRE NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL
C.C. 52.494.387 BOGOTA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
RUN No. 22013
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 18/JUL/2009 FECHA DE ACTUALIZACION 18/JUL/2019

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 5502 *de* 10/06/2009

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MUÑOZ VILLAMIL NIDIA ESPERANZA identificado(a) con CC número 52494387 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA el día 20/03/2009, acta de grado Nro. 294, Diploma Nro. 112583 y registrado en el libro 3 Folio 20 año 2009.

Que de conformidad con la Ley 50 de 1981, Artículo 2, Parágrafo 3, Acuerdo No 004 de 17 de diciembre de 2008 del Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, delego en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D,C la realización del sorteo de plazas para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 13/02/2009.

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

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MUÑOZ VILLAMIL NIDIA ESPERANZA identificado(a) con CC número 52494387 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 10/06/2009

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ.
Director de Desarrollo de Servicios .

Elaboro : Victor Saavedra
Revisó : Tody Rodriguez
Aprobó : Isabel Cristina Agudelo

Bogotá, D.C 16 06 09
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Nidia Esperanza
CC. # 52494387
Firma

No. 22199

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC

RESOLUCION No 22013 de JULIO 18 DE 2009
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capitulo V, articulos 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996,

CONSIDERANDO

A) Que, NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 52.494.387, expedida en BOGOTA, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Unico Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (El) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA de BOGOTA, expedido el 20 del mes MARZO de 2009 y registrado a folio No del libro de Diplomas de la Universidad, con lo cual se reunen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el articulo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, segun acta numero 351 del 18 de JULIO de 2.009.

RESUELVE

Articulo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL, al tenor de los articulos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 22013, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

Parágrafo: La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aqui promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 18 dias del mes de JULIO de 2009 en Bogotá, D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO
NOMBRE NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL
C.C. 52.494.387 BOGOTA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
RUN No. 22013
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 18/JUL/2009 FECHA DE ACTUALIZACION 18/JUL/2019

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 5502 *de* 10/06/2009

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MUÑOZ VILLAMIL NIDIA ESPERANZA identificado(a) con CC número 52494387 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA el día 20/03/2009, acta de grado Nro. 294, Diploma Nro. 112583 y registrado en el libro 3 Folio 20 año 2009.

Que de conformidad con la Ley 50 de 1981, Artículo 2, Parágrafo 3, Acuerdo No 004 de 17 de diciembre de 2008 del Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, delego en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D,C la realización del sorteo de plazas para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 13/02/2009.

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

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MUÑOZ VILLAMIL NIDIA ESPERANZA identificado(a) con CC número 52494387 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 10/06/2009

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ.
Director de Desarrollo de Servicios .

Elaboro : Victor Saavedra
Revisó : Tody Rodriguez
Aprobó : Isabel Cristina Agudelo

Bogotá, D.C 16 06 09
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Nidia Esperanza
CC. # 52494387
Firma

No. 22199

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC

RESOLUCION No 22013 de JULIO 18 DE 2009
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capitulo V, articulos 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996,

CONSIDERANDO

A) Que, NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 52.494.387, expedida en BOGOTA, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Unico Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (El) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA de BOGOTA, expedido el 20 del mes MARZO de 2009 y registrado a folio No del libro de Diplomas de la Universidad, con lo cual se reunen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el articulo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, segun acta numero 351 del 18 de JULIO de 2.009.

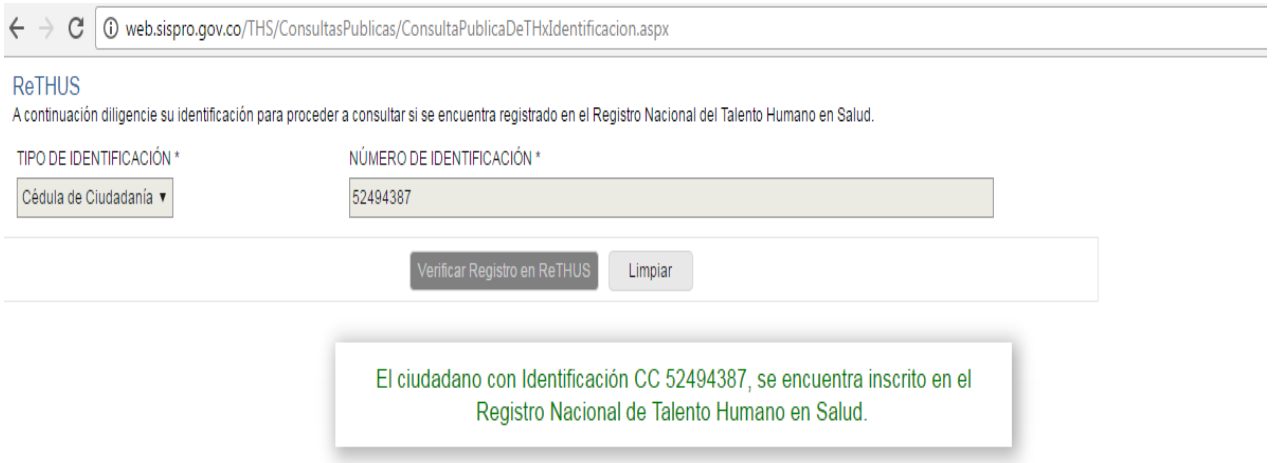
RESUELVE

Articulo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL, al tenor de los articulos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 22013, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

Parágrafo: La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aqui promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 18 dias del mes de JULIO de 2009 en Bogotá, D.C.


web.sispro.gov.co/THS/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
ReTHUS
A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.
TIPO DE IDENTIFICACIÓN *
Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *
52494387
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
El ciudadano con Identificación CC 52494387, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.494.387, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los quince (15) días del mes de febrero del año dos mil dieciséis (2016).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: NIDIA ESPERANZA

Apellidos: MUÑOZ VILLAMIL

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52 494 387

Fecha de Nacimiento: Día 22 Mes 08 Año 1978

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	02 10 15	0246900340 12/15	C. Muñoz
	2	07 x 15	0246900350 12/15	C. Muñoz
	3	29 EN 16	0246900120 02/17	Norma
	4	0605 17	0246901209/12	Esperanza
	5			
Contra Hepatitis B	1	03 08 16	UU×0124	8/16 Albeiro
	2	05 09 16	UU×0124	9/16 Daniela
	3	18 05 17	UU×0926	05/17 Yury

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	02-09-10	0780500282 8/1	Zuly
Contra Influenza	1	10-11-13	K 7061-2 01/18	Zuly
Otras	3Meq	07 05 17	5524	05/17 Carolina

Cendiatra
Centro de diagnóstico y tratamiento

DATOS DEL PACIENTE Bogotá D.C, 16/oct./2017 01:32 pm



Nombres: NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL
Tipo de Documento: CC **Documento** 52494387
Sexo: F **F. Nacimiento:** 27/ago./1978 **Edad:** 39.1 años
Entidad: PACIENTE PARTICULAR **Cargo:** ENFERMERA JEFE
Fecha y Hora entrega resultados: 15/oct./2017 1:36 p

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de **INGRESO**, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

1	APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	Si	X	NO
2	APTO (A)CON RESTRICCIONES QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO	Si		NO
3	APTO CON PATOLOGIAS QUE PUEDEN AGRAVARSE CON EL TRABAJO	Si		NO
4	CON RESTRICCIONES TEMPORALES PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si		NO
5	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si		NO
6	APTO (A) PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	Si		NO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones: NINGUNA

Recomendaciones:
USO DE EPP CONTROL POSTURAL PAUSAS ACTIVAS
AUTOCUIDADO EN SITIO DE TRABAJO

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
X	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por: NUTRICIONISTA
X	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida CONTROL DE PESO
	Valoración o control Optométrico
X	Otras: PRACTICA DE EJERCICIOS FISICOS

Requiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica **SI**

C.VISUAL	C.AUDITIVA	R.BIOMECANICO	X	NUTRICIONAL	X	CARDIOVASCULAR	
RIESGO QUIMICO		OTROS:					

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda		Optometria		Agudeza Visual		Visiometria			
Espirometria		Audiometria	Frotis Garaganta		KOH		RH		Coprológico		P. de O
Glucosa		Hemograma	Serologia		P. Alcohol		Drogas		Beciloscopia (BK)		
E.K.G.		Manipulación de Alimentos		Vacuna Tétanos			Enfasis Cardiovascular				
Perfil Lipidico		Psicométrico	F. Hepatica		Alturas		Otros: Psicométrico				

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omision o falsedad sera causa justa de finalizacion del contrato.

ANALISIS Y CONCEPTO: MANUEL CASTELLANOS
Bogotá D.C, 15/oct/2017 01:32 pm

R.M.
Especialista Salud Ocupacional

Firma Examinado
C.C. No

FUNDACION NACIONAL EN ACCIONES EN SALUD Y GESTION DEL RIESGO "FUNNASGER" NIT 901136157-0

Libertad y Orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL

C.C.52.494.387 de Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

CURSO SOPORTE VITAL BÁSICO

Incluye actualización en la Guía de Soporte Vital Básica para personal de la salud A.H.A 2015 con una intensidad de 30 horas. Dando cumplimiento a la Resolución Número 2003 de 2014 (Norma de habilitación de entidades del sector salud), los protocolos y manuales de American Heart Association (AHA).

Andrea Rios

Andrea Rios
Jefe de Capacitación
BOGOTA D.C. 01 DE DICIEMBRE DE 2017

Curso 1217 Registro 023

Informes:funnasger@gmail.com

PLAN DE TEMAS

Sistemas de Emergencia Médica
Cadena de Supervivencia
Aspectos Legales
Normas de Bioseguridad
Conceptos Básicos.
Botiquín de Primeros Auxilios
Triage
Reconocimiento y Activación Código Azul
Reanimación Cerebro Cardiopulmonar Adulto Y Materno
Reanimación Cerebro Cardiopulmonar Neonatal Y Pediátrica
Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)
Hemorragias.
Quemaduras
Fracturas
Hipotermia e Insolación
Uso De Desfibrilador Externo Semiautomático (DEA)
Desfibrilación y cardioversión
Movilización de Pacientes Heridos

FUNDACION NACIONAL EN ACCIONES EN SALUD Y GESTION DEL RIESGO "FUNNASGER" NIT 901136157-0

Libertad y Orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL

C.C.52.494.387 de Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO

Incluye actualización en la Guía de Soporte Vital Básica para personal de la salud A.H.A 2015 con una intensidad de 30 horas. Dando cumplimiento a la Resolución Número 2003 de 2014 (Norma de habilitación de entidades del sector salud), los protocolos y manuales de American Heart Association (AHA).

Andrea Rios

ANDREA RIOS
JEFE DE CAPACTACION
BOGOTA D.C. 16 DE NOVIEMBRE DE 2017

Curso 1117 Registro 024

Informes:funnasger@gmail.com

PLAN DE TEMAS

Evaluación de la escena.
Valoración Inicial y secundaria en paciente critico
Manejo avanzado de la vía aérea
Código azul
Normas de bioseguridad
Responsabilidad profesional, Ética y resucitación
Dificultad respiratoria y dolor torácico.
Estado mental alterado e intoxicaciones.
Soporte ventilatorio mecánico
Administración de medicamentos en reanimación.
Cuidados y manejos posparo
Asistencia prehospitalaria al paciente politraumatizado en situación crítica
Estabilización y transporte
Atención inicial al síndrome coronario agudo
Síndrome coronario agudo (SCA) y Enfermedad cerebrovascular aguda (ECV)
Terapia eléctrica (DEA) Desfibrilación y cardioversión
Tromboembolismo pulmonar.
Shock.
Trauma de extremidades y tejidos blandos.
Quemaduras.
Trauma de cuello, tórax y abdomen.
Neurotrauma.
Trauma ginecoobstétrico y pediátrico.

FORMACION
PARTICULARES

Otorga el presente

Diploma

A Dª./D. NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL **, con D.N.I.** 52494387

Por haber realizado satisfactoriamente el Curso on-line:

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

en el que se ha impartido el programa específico al dorso, con una duración de 30 horas, con fecha de inicio 18/03/2016 y fecha de finalización 08/04/2016

Firmado:

AULA DIRECTA, S.L.

Pedro Guzmán Ruiz
[Gerente Auladirecta]

FORMACION
PARTICULARES

Otorga el presente

Diploma

A Dª./D. NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL **, con D.N.I.** 52494387

Por haber realizado satisfactoriamente el Curso on-line:

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

en el que se ha impartido el programa específico al dorso, con una duración de 30 horas, con fecha de inicio 18/03/2016 y fecha de finalización 08/04/2016

Firmado:

AULA DIRECTA, S.L.

Pedro Guzmán Ruiz
[Gerente Auladirecta]

SERVICIOS INTEGRADOS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y ACCIONES EN SALUD SAS

"SINGERSALUD"

NIT 901.028.748-0

CERTIFICA QUE:

NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL

C.C. 52.494.387 de Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA

Certificando las capacidades conceptuales y habilidades clínicas en la toma de citología de cuello uterino fomentando la integralidad, calidad y corresponsabilidad para el control del cáncer de cuello uterino. Con una intensidad de 20 horas

Sandra O

SANDRA OSPINA
Jefe de Capacitación

Curso 0816 Registro 021 **BOGOTA D.C. 18 DE AGOSTO DE 2016**

Informes:singersalud@gmail.com

PLAN DE TEMAS

Legislación Vigente
Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino
Histología, Anatomía, Fisiología y Semiología del aparato genital femenino
Nomenclatura Sistema Bethesda
Normas de Bioseguridad
Indicaciones para el paciente
Organización del sitio para la toma de muestra
Elementos estandarizados para la toma de muestra
Transporte muestras
Cuello uterino macroscópico y normal
Área de zona de transformación
Sistema bethesda.
Datos clínicos.
Calidad de la muestra.
Fijación
Estándares de calidad del proceso de toma de muestras.
Recepción, identificación y registro
Proceso toma de citología cérvico uterina - práctica de simulación

SERVICIOS INTEGRADOS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y ACCIONES EN SALUD SAS "SINGERSALUD"

NIT 901.028.748-0
CERTIFICA QUE:

NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL

C.C. 52.494.387 de Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

Manejo de Víctima de Violencia Sexual Código Blanco

Capacitación en Manejo de Víctima de Violencia Sexual Código Blanco con enfoque diferencial y de vulnerabilidad con una intensidad de 20 horas.

Sandra O

SANDRA OSPNA
Jefe de Capacitación

BOGOTA D.C. 18 DE DICIEMBRE DE 2016

Curso 1216 Registro 014

Informes:singersalud@gmail.com

PLAN DE TEMAS

Normatividad, antecedentes y la violencia sexual en el marco de SGSSS.
Antecedentes de Calidad y Habilitación.
Resolución 459 de 2012 desde el Marco General.
Atención de la Violencia Sexual en el Marco de SGSSS.
Cuadro de Procesos y Procedimientos Incluidos en el SGSSS.
Calidad, violencia sexual en Colombia y atención integral
Resolución 2003 de 2014 servicio de urgencias (estándares de medicamentos, insumos y dispositivos médicos y procesos prioritarios).
Violencia sexual en Colombia.
Promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia sexual.
Atención integral de la violencia sexual en el sector salud.
Proceso de atención de la mujer víctima de violencia sexual
Protocolo de atención clínica a víctimas de violencia sexual.
Proceso de denuncia formal o no formal.
Entrega de materiales probatorios.
Salud mental y kit de víctimas de violencia sexual
Recomendaciones Para el Examen Físico de Víctimas de Violencia Sexual.
Cuidado de la Salud Mental Ante Violencia Sexual.
Kit de Profilaxis Post Exposición para VIH, ITS y Anticoncepción de Emergencia en Víctimas de Violencia Sexual.

SERVICIOS INTEGRADOS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y ACCIONES EN SALUD SAS "SINGERSALUD"

NIT 901.028.748-0
CERTIFICA QUE:

NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL

C.C. 52.494.387 de Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

CURACIÓN DE HERIDAS COMPLICADAS, PIE DIABÉTICO Y OSTOMÍAS

Capacitación Curación De Heridas Complicadas, Pie Diabético Y Ostomías, tendiente a desarrollar conocimientos y habilidades para la atención de los pacientes con diferentes tipos de heridas que presentan alta complejidad en el tratamiento; en pacientes postquirúrgicos, quemados, cuidado en casa y clínica de heridas con una intensidad de 20 horas.

Sandra O

SANDRA OSPNA
Jefe de Capacitación
BOGOTA D.C. 25 DE OCTUBRE DE 2016

Curso 1016 Registro 009

Informes:singersalud@gmail.com

PLAN DE TEMAS

Ø ANATOMÍA SISTEMA TEGUMENTARIO
Ø NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN UN SERVICIO DE CUIDADO DE PERSONAS CON HERIDAS Y OSTOMÍAS
Ø MANEJO INTEGRAL EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON ALTERACIÓN EN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.
Ø CUIDADO NUTRICIONAL DE LA PERSONA CON HERIDAS.
Ø CUIDADO DE PERSONA CON HERIDAS POR PIE DIABÉTICO.
Ø CUIDADO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE ULCERAS POR PRESIÓN.
Ø CLASIFICACIÓN DE HERIDAS
Ø APÓSITOS Y DISPOSITIVOS
Ø HERIDAS TRAUMÁTICAS
Ø ULCERAS POR DECÚBITO
Ø ULCERAS VENOSAS
Ø OSTOMIAS
Ø CATÉTER VENOSO CENTRAL
Ø HERIDAS QUIRÚRGICAS
Ø QUEMADURAS
Ø APÓSITOS PASIVOS E INTERACTIVOS, BIOACTIVOS Y MIXTOS
Ø TULL, ESPUMA HIDROFILICA, TRASPARENTE.
Ø PARCHES DE CARBÓN ACTIVADO
Ø APÓSITO ANTIMICROBIANO AMD (TELFA)
Ø DUODREM, TEGADERM, (APÓSITO DE POLIURETANO)
Ø APÓSITO HIDROCOLOIDE
Ø APÓSITO DE ALGINATO DE CALCIO
Ø APÓSITO DE GASA IMPREGNADA (PARAFINA, FURACINA, ETC,)
Ø APÓSITO DE HIDROGEL HÚMEDO Y SATURADO Y SECO
Ø CREMAS, POMADAS, CREMAS CON ANTIBIÓTICOS,
Ø ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES, SOLUCIONES PARA CURACIONES

SERVICIOS INTEGRADOS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y ACCIONES EN SALUD SAS "SINGERSALUD"

NIT 901.028.748-0
CERTIFICA QUE:

NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL

C.C. 52.494.387 de Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

ASESORÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA DE VIH

Capacitación Asesoría y Prueba Voluntaria del VIH (APV) con enfoque diferencial y de vulnerabilidad con una intensidad de 20 horas.

Sandra O

SANDRA OSPNA
Jefe de Capacitación

BOGOTA D.C. 25 DE OCTUBRE DE 2016

Curso 1016 Registro 009

Informes:singersalud@gmail.com

PLAN DE TEMAS

Infección por VIH.
Algoritmo diagnostico en infección por VIH.
Desarrollo de intervenciones especificas en infección por VIH.
Elementos de Asesoría para prueba voluntaria VIH con enfoque diferencial.
Origen de la enfermedad.
Mecanismos de transmisión del VIH. Medidas preventivas.
Prevención de la infección por VIH
Exposición accidental al VIH en el medio laboral
Patología asociada a la infección VIH en la mujer
Patología asociada a la infección VIH en hombres
Embarazo e infección por VIH
Conducta obstétrica en la gestante VIH positiva
Tratamiento de la infección VIH en el embarazo
Antirretrovirales y riesgos fetales
Soporte nutricional en los enfermos de SIDA.
Aspectos psicosociales de la infección VIH.
Atención y cuidados de enfermería en pacientes VIH/SIDA.
- Problemática psicológica en pacientes con VIH
SIDA y VIH Pediátricos.

SERVICIOS INTEGRADOS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y ACCIONES EN SALUD SAS "SINGERSALUD"

NIT 901.028.748-0

CERTIFICA QUE:

Nidia Esperanza Muñoz Villamil

52.494.387 Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

CONCILIACIÓN Y AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS

Dando cumplimiento a la Resolución Número 2003 de 2014 (Norma de habilitación de entidades del sector salud). "procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios", Ministerio De Salud Y Protección Social. Con un total de 30 Horas

SANDRA OSPINA
JEFE DE CAPACITACION
BOGOTA D.C. 19 DE AGOSTO DE 2017

Curso 0817 Registro 024

Informes:singersalud@gmail.com

PLAN DE TEMAS

Contratación IPS y ERP (Decreto 4747 DE 2007)
Tiempos de glosas
(POS, ATEP, ECAT, SOAT), Alto costo.
Negación de servicios, Tutelas
Comités técnico científicos
Recobros: Procedimiento revisión de cuentas. (Resolución 3047 de 2008)
Manual único de glosas
Objeciones y glosas. Conciliaciones. Facturación
Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ley 1438 de 2011
MANUALES TARIFARIOS ISS Y SOAT
La factura como insumo para la auditoría, Soportes de facturas.
Normatividad vigente (Decreto 2353 de 2015).
Discernir la importancia y usos de la trazabilidad de la factura
Liquidación y Radicación de Cuentas Médicas
Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, decreto 3990 de 2007
Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ley 1122 2007
Resolución 5521 2013, define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud
resolución 1915 de 2008, formularios para reclamar las indemnizaciones derivadas de los amparos de que trata el Decreto 3990 de 2007

SERVICIOS INTEGRADOS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y ACCIONES EN SALUD SAS "SINGERSALUD"

NIT 901.028.748-0

CERTIFICA QUE:

Nidia Esperanza Muñoz Villamil

52.494.387 Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA SALUD

Dando cumplimiento a la Resolución Número 2003 de 2014 (Norma de habilitación de entidades del sector salud). "procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios", Ministerio De Salud Y Protección Social. Con un total de 30 Horas

SANDRA OSPINA
JEFE DE CAPACITACION
BOGOTA D.C. 06 DE AGOSTO DE 2017

Curso 0817 Registro 010

Informes:singersalud@gmail.com

PLAN DE TEMAS

Fundamentos para un Sistema de Calidad en Servicios de Salud
Gestión de Calidad en Servicios de Salud
Marco Normativo de los Servicios de Salud
Gestión de Acreditación en Servicios de Salud
Auditoria del Sistema de Gestión de Calidad
Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC)
Estandarización de procesos
Formulación del plan de mejoramiento
Seguimiento al plan de mejoramiento
Elaboración de procesos estandarizados
Identificación de las necesidades y expectativas de los clientes
Metodología para realizar la medición inicial del desempeño de los procesos
Ejecución del proceso de autoevaluación
Cómo realizar la priorización de los procesos objeto de mejoramiento
Sistemas e indicadores de calidad.
Referentes estadísticos para la toma de decisiones
Evaluación de la calidad en los servicios de salud.
Legislación en Salud y Sistema General de Seguridad Social
Habilitación y Acreditación en Salud

SERVICIOS INTEGRADOS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y ACCIONES EN SALUD SAS "SINGERSALUD"

NIT 901.028.748-0

CERTIFICA QUE:

Nidia Esperanza Muñoz Villamil

52.494.387 Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

Cuidado de Paciente Oncológico

Dando cumplimiento a la Resolución Número 2003 de 2014 (Norma de habilitación de entidades del sector salud). "procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios", Ministerio De Salud Y Protección Social. Con un total de 30 Horas

Sandra M.O

SANDRA OSPINA
JEFE DE CAPACITACION
BOGOTA D.C. 12 DE JULIO DE 2017

Curso 0717 Registro 031

Informes:singersalud@gmail.com

PLAN DE TEMAS

Etiología, Sintomatología Y Pronóstico del cáncer, El cáncer genética y hereditaria
Tratamiento médico del cáncer, prevención del cáncer y Factores de riesgo en el cáncer
Cáncer pediátrico. Causas del cáncer infantil. Tipos de cáncer en niños y niñas
Diferencias entre los tipos de cáncer que afectan a los adultos y los que afectan en la infancia
Quimioterapia, Radioterapia, Cirugía, Hemoterapia, Terapias naturales y complementaria.
dolor en pacientes oncológicos, Fisiopatología, tipologías Y Medición del dolor
Farmacología del dolor, Enfoque terapéutico, La fatiga en el paciente oncológico
Principales mecanismos de adaptación psicológica ante la vivencia de una enfermedad
Fundamentos de la comunicación, Dificultades en la comunicación, comunicación no verbal
actitudes para el diálogo entre el profesional sanitario y el paciente, Asertividad Empatia
El rol del profesional sanitario Y del paciente, Fase terminal de la enfermedad
Dar malas noticias: protocolo de buckman, Estrategias de intervención en cáncer
Trastornos psicológicos propios en los procesos oncológicos, Atención psicológica
Estrés en la hospitalización y ansiedad prequirúrgica en ptes adultos. Cuidados paliativos
Cuidados domiciliarios a personas enfermas dependientes. Alimentación e hidratación
Agentes antineoplásicos. Protección y manipulación de citostáticos.
Sexualidad en el paciente oncológico. Higiene en el paciente oncológico.
paciente ostomizado. Alimentación y cáncer. Valoración de constantes y signos de alarma.
Toxicidad derivada del tratamiento y manejo de efectos adversos. Cuidados de enfermería en
catéteres venosos centrales y periféricos. Prevención de complicaciones.

FUNDACION NACIONAL EN ACCIONES EN SALUD Y GESTION DEL RIESGO "FUNNASGER" NIT 901136157-0

República de Colombia – Educación Informal

Decreto 4904 de Diciembre 16 de 2009, Capítulo V numeral 5.8

CERTIFICA QUE:

Libertad y Orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL

C.C.52.494.387 de Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO

Incluye actualización en la Guía de Soporte Vital Avanzado para personal de la salud A.H.A 2015 con una intensidad de 40 horas. Dando cumplimiento a la Resolución Número 2003 de 2014 (Norma de habilitación de entidades del sector salud), los protocolos y manuales de American Heart Association (AHA).

Andrea Rios

ANDREA RIOS

JEFE DE CAPACTACION

BOGOTA D.C. 16 DE NOVIEMBRE DE 2017

Curso 1117 Registro 024

Informes:funnasger@gmail.com

PLAN DE TEMAS

Evaluación de la escena.
Valoración Inicial y secundaria en paciente critico
Manejo avanzado de la vía aérea
Código azul
Normas de bioseguridad
Responsabilidad profesional, Ética y resucitación
Dificultad respiratoria y dolor torácico.
Estado mental alterado e intoxicaciones.
Soporte ventilatorio mecánico
Administración de medicamentos en reanimación.
Cuidados y manejos posparo
Asistencia prehospitalaria al paciente politraumatizado en situación crítica
Estabilización y transporte
Atención inicial al síndrome coronario agudo
Síndrome coronario agudo (SCA) y Enfermedad cerebrovascular aguda (ECV)
Terapia eléctrica (DEA) Desfibrilación y cardioversión
Tromboembolismo pulmonar.
Shock.
Trauma de extremidades y tejidos blandos.
Quemaduras.
Trauma de cuello, tórax y abdomen.
Neurotrauma.
Trauma ginecoobstétrico y pediátrico.

Certificado de Afiliación

La Señora NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL , identificada con Cédula Ciudadanía 52.494.387, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre:	NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL		
Número de identificación:	52494387	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	12/08/2010	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Proteccion Laboral
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CALLE 63B N 118B 15	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	2276556	Depto. Residencia:	Bogota D.C.

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52494387	MUÑOZ VILLAMIL NIDIA ESPERANZA	01/02/2018	30/04/2018

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 21 días del mes de Agosto de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.

CORDIALMENTE



NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:

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
ESTRATEGICO – 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:	27/08/18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente. Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
MUÑOZ	VILLAMIL	NIDIA	ESPERANZA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52494383	BOGOTA	14/12/1996

PASAPORTE	OTRO		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	
☐	☐		☒	☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
27/08/78	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	0	0	3115189883 3058172229

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 64 124 08	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3115189885

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
mi.panchavilla@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 ..... ☐	

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

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

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI [ ] NO [X]	IVA	SI [ ]	NO [X]	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA Digitar el codigo del rut	7492.	
			ICA	SI [ ]	NO [X]	PRINCIPAL: [X]	SECUNDARIA: [ ]	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR		SI [ ] NO [X]		AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [X]	
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA					
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]							
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [ ]					# NIT		
EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]								
OTRA [ ] CUAL: [X]								

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		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	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	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*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VILLAMIL	VILLAMIL	GEINER	EDUARDO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
cll63B 118B 15	BOGOTA	AMIGO	31665550 61

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	C. AHORROS	007770263320	20 de Julio	

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:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su profesión ENFERMERA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias 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) dias, 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 articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos 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, telefono 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.

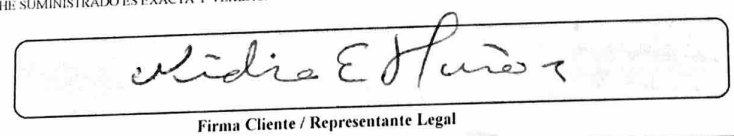
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende 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, estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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, compañias 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 estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52494387,** se encuentra afiliado (a) desde **01/04/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/04/2012	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de agosto de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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

52,494,387	SURA
Numero de Documento	ARL

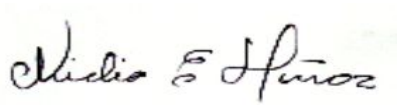
NIDIA	ESPERANZA	MUÑOZ	VILLAMIL
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

8/27/1978	BOGOTA	CALLE 64 124 08	3115189883- 3058172229
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

CRUZ BLANCA	COLPENSIONES	3,000,000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

ENFERMERIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

mipanchavillagmail.com	3115189883- 3058172229
Correo Electrónico	Celular



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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 114038199

WEB
10:18:48

Bogotá DC, 21 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) NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52494387:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA 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 martes 21 de agosto de 2018, a las 10:17:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52494387
Código de Verificación	52494387180821101727

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
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2395624

Bogotá D.C., 21 de Agosto de 2018 - 10:15 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) **NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE** de BOGOTA D.C.

52494387

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.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_S4K2_1510
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 14:08:47 horas del 17/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52272579**
Apellidos y Nombres: **ALVAREZ BELTRAN HEIDY PILAR**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA D.C 2009/06/01
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora NIDIA ESPERANZA MUÑOZ VILLAMIL
con Cédula de Ciudadanía número 52494387
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	007770263320
Fecha Apertura	2008/03/17

Cordialmente,

DAVIVIENDA
CENTRO DE GALERIAS

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA