

		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: 06 FECHA: 2018-10-02		
A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA						
PROCESO SOLICITANTE:	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	FECHA	17/12/2018	N° FOLIOS		
NOMBRE DEL CANDIDATO	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS		DOCUMENTO:	1,023,948617		
TELEFONO	3017583492		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 UN CD REGRAGABLE						
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO						
NECESIDAD DE PERSONAL OPS						
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL						
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL						
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO						
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☐	Para todo el personal		
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☐	Para todo el personal		
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☐	Para todo el personal, es la HV actualizada y firmada por cada contratista , luego si la scanean y la adjuntan al CD		
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☐	Para todo el personal,es la DJ actualizada, y firmada por cada contratista, luego si la scanean y la adjuntan al CD		
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☐	N/A	☐	Para todo el personal
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☐	N/A	☐	Para todo el personal
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☐	N/A	☐	Para todo el personal
8	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	☐	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☐	N/A	☐	Para perfiles Tecnicos, Tecnologos y Profesionales
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☐	N/A	☐	Para todo el personal
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☐	Para todo el personal		
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT); CÓDIGO CIU _____	SI	☐	Para todo el personal, no debe tener fecha menor a Agosto de 2018		
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☐	Para todo el personal, no debe tener fecha menor a Agosto de 2018		
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☐	Todo los Hombres sin excepcción. De lo contrario deben adjuntar Documento que soporte el tramite actualmente
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☐	N/A	☐	Para Perfiles Aux. de Enfermeria, Trabajadores Sociales y Profesionales Administrativos
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐	N/A	☐	Para Perfiles Aux. de Enfermeria, Trabajadores Sociales y Profesionales Administrativos
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐	N/A	☐	Para Auxiliares de Enfermeria
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☐	
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☐	N/A	☐	Para Todo el Personal, Excepcionando al Proceso de PQRS, debe contener todo el esquema de vacunacion de HB
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☐	Para todo el personal, Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013		
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐	N/A	☐	
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☐	
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☐	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A	☐	Para Auxiliares de Enfermeria
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☐	
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☐	
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☐	Conductor Ruta de la Salud.
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☐	Conductor Ruta de la Salud.
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☐	Para Todo el Personal, debe estregarse en fisico totalmente diligenciado, y grabado con firma y huella en el CD, recuerden que no los contratistas no son empleados publicos.		
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI	☐	Actualizado del Mes de Diciembre 2018		
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI	☐	Actualizado del Mes de Diciembre 2018		
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____)	SI	☐	Se diligencia el formato y no se adjunta certificación, y en el se informa con que ARL se encuentra afiliad@		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐	Actualizado del Mes de Diciembre 2018		
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐	Actualizado del Mes de Diciembre 2018		
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐	Actualizado del Mes de Diciembre 2018		
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐	Actualizado del Mes de Diciembre 2018		
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☐	Para todo el personal, no debe tener fecha menor a Agosto de 2018		
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN						
V°/B° Responsable Talento Humano		Fecha:				
V°/B° Dirección Talento Humano		Fecha:				

Buscar por proceso Menú

Confirmación de registro de la entidad

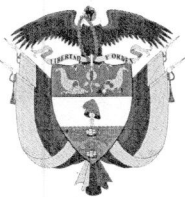
Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS con el NIT 1023948617 creada

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

Haga clic aquí para continuar >



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CARREÑO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARIAS	NOMBRES ERIK PAOLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023948617	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES ENE AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 6a este # 36k - 14 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3634742 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 Bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	☒ 11°	MES NOVIEMBRE	AÑO 2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

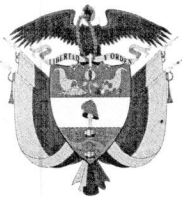
TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TEMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X	TRABAJADOR (A) SOCIAL	8 2016	313801013

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD subredcentroriente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD tsesesantaclara@gmail.com	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 3 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO trabajadora social	DEPENDENCIA PARTICIPACION COMUNITARIA Y	DIRECCIÓN CALLE 34 # 5 - 33	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Hospital San Carlos	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Jortiz@fhsc.org.com	
TELÉFONOS 7443333	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 8 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 11 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Trabajadora social	DEPENDENCIA Trabajo social	DIRECCIÓN Carrera 12 d #33-47	

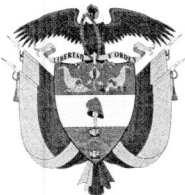
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Hospital San carlos	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Jortiz@fhsc.org.co	
TELÉFONOS 7443333	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 5 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Auxiliar de trabajo social	DEPENDENCIA Trabajo social	DIRECCIÓN Cr 12d # 33_44	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	9
PRIVADO	1	5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	3

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Enka Carpio

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1023948617 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Carrera 6a este # 36k - 14 sur

Teléfonos 3017583492 3634742

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
FLOR ANTONIA ARIAS PARRA	52188712	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 35.942.400,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 35.942.400,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO COLPATRIA	AHORROS	2812097606	20 DE JULIO	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
FLOR ARIAS	AYUDA Y/ APOYO	\$ 500.000,00

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 14-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Erika Carreón
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018
CIUDAD Y FECHA



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.

Gerardo Lobo
Rectoría

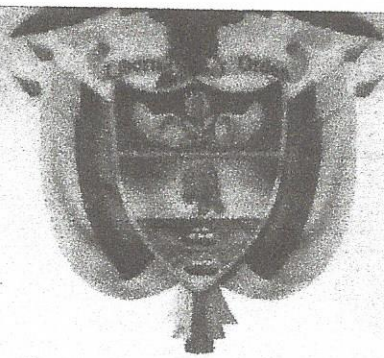
Oliverio Ospina de la Cruz
Dirección del Programa

Oliverio Ospina de la Cruz
Decanato

Oliverio Ospina de la Cruz
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



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

Colegio Cooperativo Altamira y Barrios Sur Orientales

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.
según Resolución N° 7528 del 20 de Noviembre de 1.9

Confiere a:

Erika Paola Carreño Arias

T.I. 960118-16417 de Bogotá D.C.á

El Título de Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al 3
de Educación Media Académica, según los planes y programas b



Jorge Roberto Amaya Paba
Jorge Roberto Amaya Paba
Rector

Andrea Muñoz Rod
Andrea Muñoz Rod
Secretaria

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

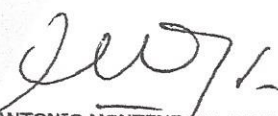
ALBERTO ANTONIO MONTENEGRO POVEDA
SECRETARIO GENERAL

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

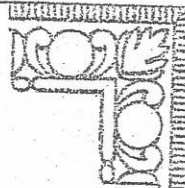
Av. Calle 68 # 62 - 11 • PBX: 3 902202

www.unimonstrate.edu.co
Bogotá - Colombia



COLEGIO COOPERATIVO ALTAMIRA Y BARRIOS SUR-ORIENTALES

Carrera 11A Este No. 44 -55 Sur
Teléfono: 206 60 37
BOGOTÁ, D.C.



Acta Individual de Grado

INSCRIPCIÓN S.E.D. 1617

INSCRIPCIÓN DANE 311001001642

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los (06) días del mes de Diciembre de 2.011 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y secretaria, en el COLEGIO COOPERATIVO ALTAMIRA Y BARRIOS SUR-ORIENTALES, Institución aprobada hasta nueva determinación en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 7528 de Noviembre 20 del año 1998.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a Otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO; al graduando cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

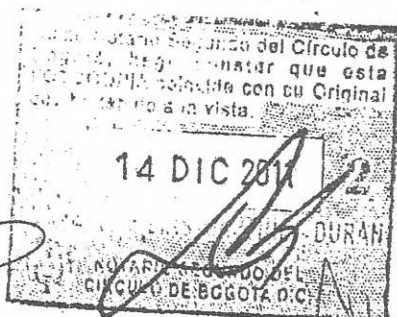
Erika Paola Carreño Arias

T.I. 960118-16417 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General de grado No. 40 del 06 de Diciembre de 2.011, consta de 34 alumnos graduandos; comienza con el nombre de Aguirre Cañas Carlos Andrés y cierra con el nombre de Virguez García Dagoberto

Firmada por JORGE ROBERTO AMAYA PAVA (Rector) y ANDREA MUÑOZ RODRÍGUEZ (Secretaria Académica).

No requiere registro de la Secretaría de Educación según, Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 de Diciembre 05 de 1995; de la Presidencia de la República.



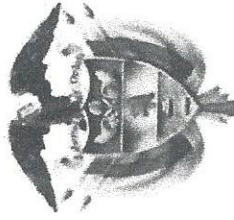
Jorge Roberto Amaya Pava

JORGE ROBERTO AMAYA PAVA
C.C. 19.276.128 de Bogotá
Rector

Andrea Muñoz Rodríguez

ANDREA MUÑOZ RODRÍGUEZ
C.C. 52.831.442 de Bogotá
Secretaria Académica





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

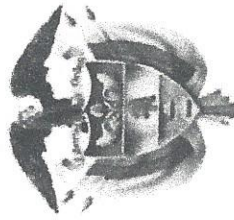
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

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.



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 Ciudadanía 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

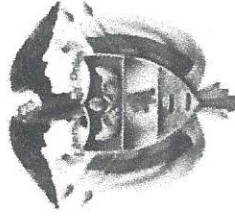
SUBDIRECTOR

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

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.

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

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 intensidad de 24 horas

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


CLAUDIA C. GONZÁLEZ RAMÍREZ
Presidenta Conets Colombia


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



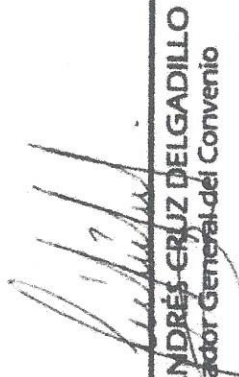
Certificado de Participación

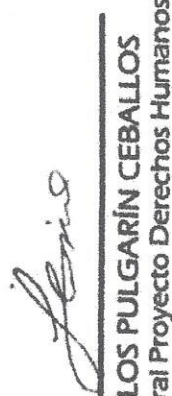
Se otorga el presente certificado a:

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

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

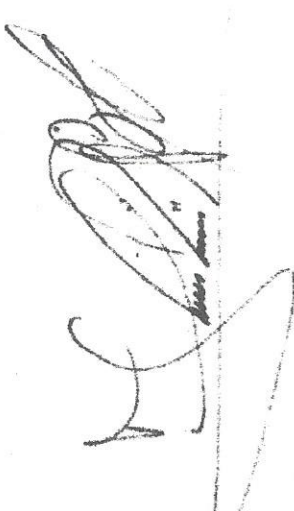
CERTIFICAN QUE

ERIKA PAOLA CARREÑO

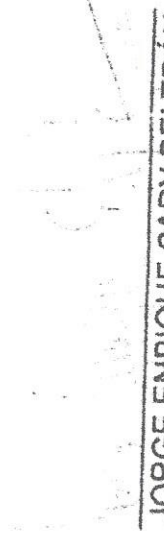
C.C. 960.118

*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 ALIGUSTO TRIVIÑO RILLA


JORGE ENRIQUE SARY REITRÁN

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

M^{ra} Constanza Gutiérrez N

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

Elsa Rodríguez Caldas

Elsa Rodríguez Caldas
Directora Especialización
Consultoría en Familia y Redes Sociales



RED
DE PROGRAMAS
UNIVERSITARIOS
EN FAMILIA



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
Bogotá, Colombia

UNIVERSIDAD DE
LASALLE



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

Certifican que:

CARREÑO ARIAS ERIKA PAOLA

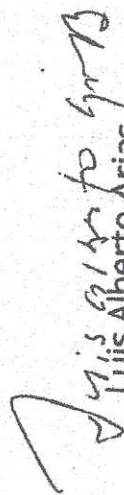
Documento No. CC. 1023948617

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

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria Unimonserate.
(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 Aris 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:

Trabajadora Social

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

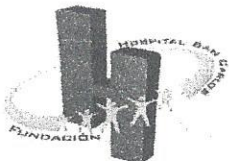
Firma Erika Carreño

No. de documento: 1.023.948.617

Tarjeta profesional No: 313801013

Dirección de contacto: Carrera 6ª este #36^k-14 sur

Teléfono: 3017583492



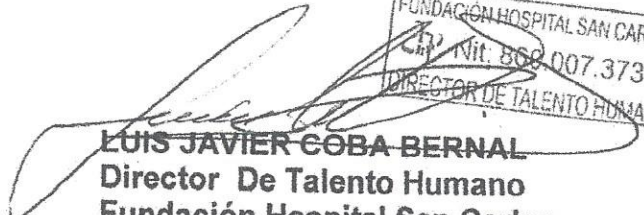
LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS
NIT.860.007.373-4

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 Hospital San Carlos
Carrera 12 D No. 32 - 44 Sur
Conmutador: 7443333 EXT 1802

ADECCO COLOMBIA SA

CERTIFICA QUE:

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1023948617 expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañía 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

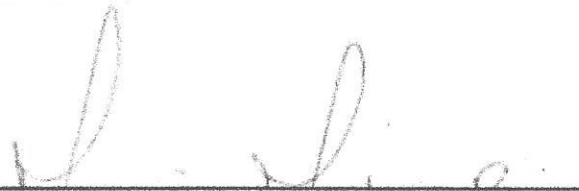
ADECCO COLOMBIA SA

CERTIFICA QUE:

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1023948617 expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañía 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 Roza
Lider de Contratacion
3259500 ext 129
Jose.Mendez@adecco.com
Calle 73 # 7 - 60 Piso 2



ECUELA INTEGRAL DE CICLISMO Y PATINAJE

ROBERTO "OSO" SÁNCHEZ

RESOLUCION IDRD 801

CERTIFICAMOS

Que **ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS** con cédula de ciudadanía No. 1.023.948.617 de Bogotá, ha estado vinculada con nosotros como Monitora de la Escuela de Patinaje desde el mes de septiembre del año 2013, y actualmente su actividad es como profesora y coordinadora del área administrativa en nuestra sede del parque Velódromo Primero de Mayo, recibiendo un sueldo mensual de \$ 900.000 mensuales, demostrando ser una persona responsable, y cumplidora de su deber.

Roberto Sánchez

Presidente

cc # 10157575 de La Dorada

DIRECCIÓN CARRERA 51 B SUR N° 16 – 21 SUR. INT. 54 – TEL. 4097742 - CEL: 3124557243- 3144464526

E-MAIL: escuelaintegralrobertoososanchez@hotmail.com

BOGOTÁ D.C.

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

ESTATURA

O+

G.S. RH

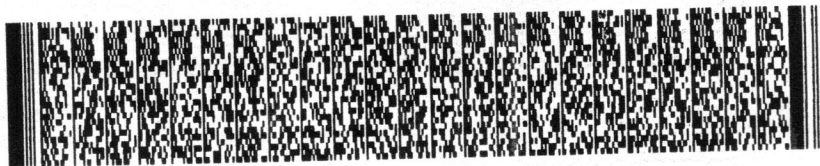
F

SEXO

28-ENE-2014 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00551316-F-1023948617-20140303

0037502726A 1

42253498



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

Fecha:14/12/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 1023948617

ERIKA PAOLA CARRE O ARIAS

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 6A ESTE 36K 14 SUR Teléfonos: 3634742
Dirección electrónica: erika96paola@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC
Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO
Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/02/2018 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0
Actividad 1: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal
Actividad 2:
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

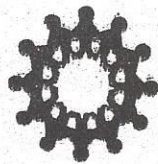
REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD





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

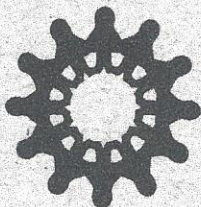


5328773138010131933

CALLE 78 Nº 12 A - 15 TELEFAX: 257 6129

BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIE



Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto Reglamentario No. 2833 de 1981

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN Y EXPEDICIÓN DEL REGISTRO PROFESIONAL

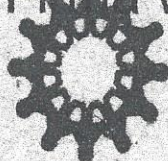
LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

HACE CONSTAR QUE.

1. **ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS**, con cédula de ciudadanía No. 1023948617 de Bogotá D.C. (Cundinamarca), el 20 de septiembre de 2016 solicitó su inscripción ante este Consejo, acompañada de la documentación exigida.
2. La solicitud fue estudiada y la documentación verificada, comprobándose que la solicitante es trabajadora social, graduada en la FUNDACION UNIVERSITARIA MONSERRATE.
3. Fue aprobada su inscripción ante el Consejo Nacional de Trabajo Social y la expedición del registro profesional, cumpliendo con lo ordenado por el artículo sexto de la Ley 53 de 1977 y el artículo 4 del Decreto 2833 de 1981, para poder ejercer la profesión de Trabajo Social en Colombia.
4. Para tal fin, por la facultad que le otorga la Resolución 0014 (abril 24 de 1991), la Presidenta del Consejo autorizó la inscripción y la expedición de su registro profesional, mediante la Resolución 0382 (30 de septiembre de 2016), en la que también se incluyeron otros trabajadores sociales.
5. Cumpliendo con el mandato del artículo 22 de la Ley 962 de 2005 (julio 8), acerca del *Número Único de Identificación Personal* (NUIP), el número de su registro es el mismo de su cédula: 1023948617 (con código: 313801013-I, utilizado por el Consejo en la base de datos).
6. Este registro profesional tendrá una vigencia de 10 años: desde el 20 de septiembre de 2016 hasta el 20 de septiembre de 2026.

Bogotá D.C., 30 de septiembre de 2016.

Firma válida



Consejo Nacional de Trabajo Social
Ley 53 de 1977 - Decreto Reglamentario No. 2833 de 1981

Firmado digitalmente por
Clara Inés Rodríguez Hoyos
Directora Ejecutiva

Verificación:
correogeneral@consejonacionaldetrabajosocial.org.co

Utilice: Internet, adobe superior a 10 y la apertura del documento hacerlo desde la carpeta de descarga.

Elaborado por: *Adriana Lizeth Acosta Cruz*

DIRECCION EJECUTIVA: Calle 78 No. 12 A - 15, Localidad Chapinero - PBX: 248 4683
e-mail: correogeneral@consejonacionaldetrabajosocial.org.co - www.consejonacionaldetrabajosocial.org.co
Bogotá D.C., Colombia



PBX:
211 9289
Cel: 310 237 1397

SEDE PRINCIPAL
Cra. 15 No. 51-14 Piso 2 Cra. 17 No. 15-46 Sur Local 305
Bogotá, D.C.
inmunosalud@outlook.com
www.inmunosalud.com



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

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

NOMBRES: **Erika Paola Correo Arco**

DOCUMENTO: **1023 948 617**

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS (REPUZCO)	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
TRIPLE VIRAL	1ra DOSIS			
TETANICO DIFTERICO	1ra DOSIS			
	2da DOSIS			
	3ra DOSIS			

VACUNA	DOSIS (REPUZCO)	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1ra DOSIS	1434021	02 MAR. 2016	
	2da DOSIS	1434021	13 FEB 2018	
	3ra DOSIS	1434021	13 FEB 2018	
	4ra DOSIS	1434021	31 DIC 2018	
HEPATITIS A	1ra DOSIS			
	2da DOSIS			

NOMBRE: **Erika Paola Correo Arco**



Vacínate!

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

VACUNA	DOSIS (REPUZCO)	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
TRIPLE VIRAL	1ra DOSIS	02223	02 MAR. 2016	
	2da DOSIS	02223	13 FEB 2018	
	3ra DOSIS	02223	13 FEB 2018	
	4ra DOSIS	02223	31 DIC 2018	
TETANICO DIFTERICO	1ra DOSIS			
	2da DOSIS			
	3ra DOSIS			
	4ra DOSIS			

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1023948617
Nombres y Apellidos	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS		
Fecha de nacimiento:	18/01/1996		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	02/03/2016	Hepavax Gene	1434021	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Segunda dosis	13/02/2018	Hepavax Gene	UFX17002	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	02/03/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2273	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1023948617
Nombres y Apellidos	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS		
Fecha de nacimiento:	18/01/1996		

Td	Segunda dosis	13/02/2018	Toxoide Tetánico y diftérico	221501316A	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

FECHA 14/02/2018 11:54:37

NOMBRE Y APELLIDO: ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

PERIÓDICO ☐

EDAD 22 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR TRABAJADOR SOCIAL

C.C 1023948617



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☒

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒

Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐

Cuales ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Radiografías

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

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



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

Dra. Laura Liliana Molina Molina
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic 60 7699-2014

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

FECHA:	2018-12-14	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ D.C
--------	------------	---------	------------	---------------	------------

Distiguado 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 ☐	1023948617	BOGOTÁ D.C	2014-01-28
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	CUAL: <input type="text"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
2018-01-18	BOGOTÁ D.C	COLOMBIA	COLOMBIANA
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	0	3017583492
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA			PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐			CUAL: <input type="text"/> TRABAJADORA SOCIAL

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 6 A ESTE # 36K – 14 SUR	BOGOTA D.C	BOGOTÁ D.C	COLOMBIANA	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: <input type="text"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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 ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	CÓDIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	7490	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☒	SUCURSAL	☒
						AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐
							NO ☒
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT
							900959051-7
EXPORTACIONES	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	EDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>						
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 # 5 - 43		3444483		BOGOTÁ D.C		BOGOTÁ D.C	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL				FECHA VINCULACION	2018-03-05
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	2,900,000	AHORROS	\$ 100	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	3,088,800	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	3,088,800	TOTAL EGRESOS	2,900,000	TOTAL ACTIVOS	\$ 100	TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
ARIAS		PARRA		FLOR		ANTONIA	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CARRERA 6 A ESTE # 36K - 14 SUR		BOGOTA D.C		MAMA		3112197715	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
BANCO COLPATRIA		CUENTA AHORROS		2812097606	20 DE JULIO	3386161	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:							CUAL:
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐		

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Trabajadora Social

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de 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, teléfono 344 44 84, e-mail surla@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " 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

Erika Carreño

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

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:	

7. Firma y Cédula

--



**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 cedula ciudadanía 1.023.948.617 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20180216	No Registrada	182

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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
10556709

CER-AFI



**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 Ciudadanía **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 14 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.023.948.617

Numero de Documento

Seguros

Bolivar

ARL

Erika

Primer Nombre

Paola

Segundo Nombre

Carreño

Primer Apellido

Arias

Segundo Apellido

18/01/1996

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota D.C

Ciudad de Nacimiento

Cr 6^a Est #36^k-145

Dirección de Residencia

3634742

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 3.088.800

Honorarios

Trabajadora Social

Objeto Contractual (Cargo)

05/03/2018

Fecha Inicio del Contrato

Erika 96 Paola @ gmail. com

Correo Electrónico

3017583492

Celular

Erika Carreño

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119239888



WEB

17:57:30

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de diciembre 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 GONZALEZ
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.

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 17:59:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023948617
Código de Verificación	1023948617181214175913

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 18:06 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 CÉDULA DE CIUDADANÍA 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 figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_KTX4_0518**

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 18:07:33 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1023948617**

Apellidos y Nombres: **CARREÑO ARIAS ERIKA PAOLA**

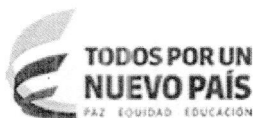
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



Presidencia de la
República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea

COLPATRIA MULTIBANCA**NIT. 860.034.594-1****CERTIFICA QUE:**

La cuenta de ahorros **No. 2.812.097.606** con fecha de apertura **13 de Abril de 2016**, de la(los) cual(es) es(son) titular(es):

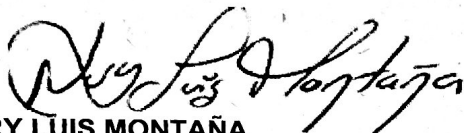
El(la) señor(a) **ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS**, identificado(a) con tipo de documento **CC No. 1023948617**.

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 **17 días del mes Diciembre del 2018**.

Cordialmente,



NURY LUIS MONTAÑA
DIRECCIÓN SERVICIO RETAIL
Gerencia Relación con Clientes

Scotiabank Colpatria S.A., para sus clientes atendidos bajo la red Colpatria.

 Línea Colpatria

Bogotá: 7561616 - **Call:** 4891616 - **Medellín:** 6041616 - **Barranquilla:** 3851616 - **Ibagué:** 2771616 - **Perelra:** 3401616 - **Cartagena:** 6931616
Neiva: 8631616 - **Bucaramanga:** 6971616 - **Cúcuta:** 5955195 - **Santa Marta:** 4365966 - **Villavicencio:** 6836126 - **Valledupar:** 5898480
Popayán: 8353735 - **Resto del país:** 018000 522222

 colpatria.com