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

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

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

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA	29 Nov-17	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Adriana Chavarro		DOCUMENTO:	52463980.	
TELEFONO	3004388757.		ACTIVIDAD SOLICITADA:	Auxiliar de Enfermería.	

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

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

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

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI	☒		
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒		
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒		
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A	☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A	☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	NO	☐
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☒
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A	☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI	☒	N/A	☐
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒		
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU 8692 FECHA 12/06-/2013	SI	☒		
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT 8692-1 / 18-08-2016	SI	☒		
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☒
14	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒	N/A	☐
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒	N/A	☐
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☒	N/A	☐
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☒	N/A	☐
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) V/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒	N/A	☐
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒		
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☒
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☒	N/A	☐
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☒
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☒
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☒
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☒
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI	☒		
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Famisanar	SI	☒		
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Protección	SI	☒		
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: Bolívar.	SI	☒		
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	☒		

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

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

Scanned by CamScanner

olombia Compra Eficiente

Aumentar contraste UTC -5 10:30:54

contrar procedir | Opcione:

Search...

onfirmación del registro de la compañía

ID de página: 14001741 AYUDA

Salir para actualizar el registro de la compañía

elicitaciones ADRIANA CHAVARRO PARADA

Su empresa ADRIANA CHAVARRO PARADA con número de identificación fiscal 52463980 fue creada con éxito!

Se le ha asignado el rol de Responsable de esta empresa, lo que le permite administrar la información empresarial de la empresa. Si lo desea, puede asignar este rol a otro usuario.

Haga clic aquí para continuar>

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 25-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CHAVARRO	PARADA	ADRIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52463980

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 24 MES DIC AÑO 1978

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: Bogotá D. C.

MUNICIPIO: BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 54 D SUR No 87 D 32 PISO 2

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: Bogotá D. C.

MUNICIPIO: BOGOTA D. C.

TELEFONO: 3929097

EMAIL: adriana.chavarroparada@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES JUN AÑO 2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2012	52463980

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
Ingles			X			X			X

Scanned by CamScanner

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

Ultima Actualización: 25-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED CENTRO ORIENTE UNIDAD SANTA CLARA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C	MUNICIPIO: BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3282828	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 7 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ENFERMERIA	DIRECCIÓN: CRA 15 No 1-51 sur	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	4	4
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	4

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, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá Noviembre 17-2017.

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned by CamScanner

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

Ultima Actualización: 25-nov-2017

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

Bogotá 27 Noviembre-2017

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ADRIANA CHAVARRO PARADA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 52463980 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.

Dirección Calle 54 D SUR No 87 D 32 PISO 2 **Teléfonos** 3004388757 3929097

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ADRIAN DAVID SIERRA CHAVARRO	1013098205	HIJO(A)
AYLIN LUCIA SIERRA CHAVARRO	1028867644	HIJO(A)

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	$ 12.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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 de bogota	ahorro	102641776	av primera	$ 10.000,00

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

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:

	CALIDAD DE MIEMBRO

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD O INSTITUCION

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 ⊗ N ○ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
ORLANDO ALBERTO SIERRA CASTRO	C.C○ C.E○ T.I.○	79571182

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 Nov 27-2017
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

Y en su nombre el

Colegio Comunitario Nocturno De Bachillerato

" La Libertad "

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C.,

Según Resolución No. 1839 del 02 de Junio de 2000

Confiere a:

Adriana Chavarro Parada

Identificado con C.C. No. 52.463.980 de Bogotá

El título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Anotado al Folio 8 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 8

Dado en Bogotá, D.C., a 1 de Agosto de 2003

Scanned by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo Nº 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento Nº 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo Nº 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa Nº 15-096 del 20 de Agosto de 2010, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

ADRIANA CHAVARRO PARADA

C.C 52.463.980 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 21 Días del Mes de Diciembre de 2012
Anotado en el Folio 12397 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.

Scanned by CamScanner

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO COMUNITARIO NOCTURNO
DE BACHILLERATO "LA LIBERTAD"
Carrera 100 r No. 61-90 sur
Teléfono 7 83 67 73
BOGOTÁ D.C.

Inscripción S.E. 6056 *Inscripción Dane 311001000978*

En la ciudad de Bogotá D.C. a los veinticuatro (24) días de Junio de 2003, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, el suscrito Rector y Secretaria en la Rectoría del ***COLEGIO COMUNITARIO NOCTURNO DE BACHILLERATO "LA LIBERTAD"****, institución aprobada hasta nueva determinación, en el nivel de Educación Media Académica, autorizada por la Secretaría de Educación del Distrito, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 1839 del 02 de Junio de 2000.*

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de ***BACHILLER ACADÉMICO,*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

Adriana Chavarro Parada
C. C. No. 52.463.980 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 08 del veintiocho (28) de Junio de 2003, consta de 43 alumnos, comienza con el nombre Álvarez Galindo María Liliana y cierra con el nombre Urrego Jenny Patricia. Firmada y sellada por ALVARO PALACIOS SANTOS (Rector) y BLANCA INES VILLAMIL ROJAS (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C. a los veintiocho días (28) del mes de Junio de 2003.

No requiere ser registrada según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1996 del MEN.
(Firmado y Sellado)

Colegio Comunitario Nocturno de Bachillerato La Libertad, Bosa

ALVARO PALACIOS SANTOS
Rector
C.C. 19.475.274 de Bogotá

Colegio Comunitario Nocturno de Bachillerato La Libertad, Bosa

BLANCA INES VILLAMIL ROJAS
Secretaria
C.C. 39.653.405 de Bogotá

Scanned by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 028

ACTA INDIVIDUAL N° 12397

En Bogotá D.C. a los 21 días del Mes de Diciembre del año 2012,
A D R I A N A C H A V A R R O P A R A D A
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N°52.463.980 De Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas, y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 12397 del Libro 05 del Registro de FUSDESA.

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Scanned by CamScanner

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

Bogotá, D.C

Señores

Fundación de Socorristas Desarrollo y Acción

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

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

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

Auxiliar de Enfermería

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Adriana Chavarro

No. de documento: 52463.980

Tarjeta profesional No.: 52463.980

Dirección de contacto: Cll 54 D sur #87D32

Teléfono: 3929097

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **ADRIANA CHAVARRO PARADA**, identificada con CC. Nº 52.463.980, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

AS 2240 2013	del	01 al 31 de julio de 2013
AS 2367 2013	del	01 al 31 de agosto de 2013
AS 2498 2013	del	01 al 30 de septiembre de 2013
AS 3687 2013	del	07 al 21 de octubre de 2013
AS 4248 2013	del	22 al 31 de octubre de 2013
AS 4515 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0209 2014	del	01 de enero al 31 de mayo de 2014
AS 1705 2014	del	03 de junio al 31 de agosto de 2014
AS 3105 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 4181 2014	del	01 al 30 de noviembre de 2014
AS 5079 2014	del	30 al 31 de diciembre de 2014
AS 0267 2015	del	02 de enero al 28 de febrero de 2015
AS 1011 2015	del	04 de marzo al 31 de agosto de 2015
AS 1984 2015	del	07 de septiembre al 30 de noviembre de 2015
AS 3701 2015	del	01 al 31 de diciembre de 2015
AS 0083 2016	del	01 de enero de 2016 al 01 de enero de 2017
PS-0088-2017	del	02 de enero al 15 de diciembre de 2017

Con orden de prestación de servicios vigente PS-0088-2017, plazo de ejecución del 02 de enero al 15 de diciembre de 2017, honorarios del contrato ($18.030.535).

OBJETO DEL CONTRATO
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EJECUTAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. 2 Realizar las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperación del paciente. 3. Diligenciar los registros de enfermería para dejar evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas. 4. Aplicar los protocolos establecidos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias. 5. Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico. 6. Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. 7. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad 8. Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y supervisar la fecha de vencimiento de los insumos contenidos en el carro de paro e informar el estado y pérdida de cualquier bien a la instancia respectiva para tomar medidas oportunas. 9. Preparar la logística requerida por el equipo de salud para brindar atención integral al paciente en consulta externa, urgencias y hospitalización. 10. Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. 11. Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 08 días del mes de noviembre de 2017.

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 2880519 o dirigirse a la Carrera5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Apoyo Administrativo OPS

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.463.980
NUMERO



CHAVARRO PARADA
APELLIDOS

ADRIANA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

08-MAR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ HENDIFO LOPEZ

A-1500116-45139831-F-0052463980-20060110 05973 06010A 02 201453980

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14244994179

(415)7707212489984(8020) 000001424499417 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 52463980 — 6. DV: 9

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 32

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

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

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 13

26. Número de Identificación: 52463980

27. Fecha expedición: 1997/03/08

Lugar de expedición: 28. País: COLOMBIA — 169

29. Departamento: Bogotá D.C — 11

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C — 001

31. Primer apellido: CHAVARO

32. Segundo apellido: PARADA

33. Primer nombre: ADRIANA

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 169

39. Departamento: Bogotá D.C. — 11

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C — 001

41. Dirección: CL 48 SUR 86 41 CA 413

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo:

44. Teléfono 1: 7279660

45. Teléfono 2:

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
8692	2013/06/12						

Responsabilidades

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

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: 3 — 61. Fecha: 2013/06/12

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

984. Nombre: RANGEL BERNAL JHONNATAN ANDREY

985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF 12-06-2013 03:48:26PM

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 18-08-2016
Hora: 11:34:08 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52463980-9 ADRIANA CHAVARRO PRADA

Información General

Dirección CL 46A 86 41 SUR

Teléfonos 3929067

Dirección electrónica adriana52463980@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 18/08/2016

Soporte Inscripción 22438437

Fecha Inicio Actividades 12/06/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001061833

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ADRIANA
CHAVARRO PARADA

C.C. 52463980

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 13/03/2013

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **1837** *de* **21/02/2013**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CHAVARRO PARADA ADRIANA Identificado(a) con CC número 52463980 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 21/12/2012.
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 CHAVARRO PARADA ADRIANA identificado(a) con CC número 52463980 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **21/02/2013**

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.
Reviso : Andrea Casas Vargas.
Elaboro : Víctor Sánchez.

Bogotá, D.C Marzo 13-2013
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Adriana Chavarro
CC. # 52463980
Firma Adriana Chavarro

Scanned by CamScanner

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52463980

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Scanned by CamScanner

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Adriano
Apellidos:	Chavarro
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 52463980
Fecha de Nacimiento:	Día 24 Mes 12 Año 1978

Scanned by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5, –			
Contra Hepatitis B	1	06 ENE 2017	134025-03	Araceli Ariza Viñas Auxiliar de Enfermería
	2	14 JUL 2017	143428-06	Araceli
	3	24-11-17	034250054 04/18	S.P.C.O Lyra muñoz
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	24-11-17	US0217015 04-18	S.P.C.O Lyra muñoz
Virus de Papiloma Humano				

Scanned by CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

HISTORIA MEDICA LABORAL

FECHA 31/06/2015.

EXAMEN: [X] Preocupacional o Ingreso [ ] Pos-ocupacional o Egreso [ ] Periódico

H. Ingreso

H. Salida

NOMBRE Adriana Chavarro Paroba. DOCUMENTO 52463980.

FECHA DE NACIMIENTO 24/12/1978 LUGAR DE NACIMIENTO Bogotá DEPARTAMENTO Cundinamarca

EDAD 36. ESTADO CIVIL S - C - VL - O - V SEXO M [X] F

DIRECCIÓN DOMICILIO calle 46 #86-24 Sur.

TEL. CEL. 321-358-3617

ESCOLARIDAD: Primaria [ ] Secundaria [ ] Tecnicos [X] Universitarios [ ]

Profesión / Ocupación Auxiliar de Enfermeria.

Empresa Hospital Santa Clara **Cargo** Auxiliar de Enfermería

AFILIACIÓN EPS Famisanar. AFILIACIÓN ARL Positiva. AFILIACIÓN PENSIÓN Proteccion.

ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA _____ ANTIGUEDAD EN CARGO _____ ACTIVIDAD _____

1. RIESGOS LABORALES

FISICOS	S	N
ELÉCTRICO		
RUIDO		
ILUMINACION	X	
TEMPERATURA		
RADIACION		

QUIMICAS	S	N
POLVOS		
GASES	X	
VAPORES	X	
LIQUIDOS	X	

BIOLOGICOS	S	N
VIRUS	X	
BACTERIAS	X	
PARASITOS	X	
HONGOS	X	

ERGONOMICOS	S	N
TRABAJO ESTATICO		
ESFUERZO FISICO	X	
CARGAS	X	
POSTURAS FORZADAS	X	

MECANICOS	S	N
MOVIMIENTO		
PARTICULAS		
PRESION		

PSICOSOCIALES	S	N
ESTRES	X	
REPETITIVIDAD		
AISLAMIENTO		
FALTA CAPACITACION		

2. EVENTOS LABORALES

AT	EP	EMPRESA	CARGO	FECHA	ARL	DIAGNOSTICO	SECUELA
X	X	No refiere					

3.

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI (X) NO ( ) Se sugiere reubicacion laboral SI ( ) NO ( )

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional SI ( ) NO ( ) CUAL _____

Scanned by CamScanner

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. ASMA		/	4. HTA		/	7. MENTALES		/
2. DIABETES	X	/	5. CARDIOVASCULAR			8. CANCER		
3. TBC			6. CONGENITOS			9. CONVULSIONES		

OBSERVACIONES Padres: Diabetes

5. ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. PATOLOGICOS	X	/	7. ALCOHOL		/	13. ALERGICOS		
2. QUIRURGICOS	X		8. MENTALES			14. MEDICAMENTOS		
3. HOSPITALARIOS		/	9. NEUROLOGICOS			15. CONSUMO DROGAS		
4. TRAUMATICOS			10. CONVULSIONES			16. DEPORTES		
5. TABAQUISMO			11. INFECCIONES			17. PERINATALES		
6. INMUNOLOGICAS			12. ETS Y TRASFUCIONALES			18. OTROS		/

OBSERVACIONES Qx: Cornea #2 / 2010 ulna Ppd: Gastritis,

6. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

M 12 FUR 26/4/15 G 2 P 0 A 0 V 2

C 2 FUP 2018 CICLOS 30x5

PLANIFICACION Ponny

7. EXAMEN FISICO

MANO PREDOMINANTE (DER. X) (IZQ.) (AMBIDIESTRO)

PESO 55 TALLA 160 TA 120/60 FC 70 FR 15

TINEL — PHALEN — SHOBER — LACMAN —

	SI	NO
1. CABEZA		/
2. OJOS		/
3. OIDOS		/
4. NARIZ		/
5. BOCA-GARGANTA		/
6. CUELLO		/
7. TORAX		/

	SI	NO
1. CARDIOVASCULAR		/
2. PULMONAR		/
3. ABDOMEN		/
4. GENITO-URINARIO		/
5. OSTEOMUSCULAR		/
6. NEUROLOGICO		/
7. LINFATICOS	X	
DERMATOLOGIA		/
OTROS		

Varices 6ª Soplo de mitral

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral	/	X
Espirometria		
Audiometria		
Visiometria		
Electrocardiograma		
Psicológico Laboral		
Radiología Túnel/Carpo		
Radiología Columna		
Radiología Tórax	/	
Vacunas		
Prueba de Equilibrio Estable		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Serología		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicéridos		
Parcial de orina		
RH		
Varios		

Impresión Diagnóstica (D) Varices grado I Soplo de mitral de nueva ingreso

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

Apto para trabajos seguro en alturas y espacio confinados — **Según Res. No. 1409 del 23 de Julio de 2012**

Apto para trabajos en superficie —

Apto para el cargo SI

Aplazado —

No Apto —

Exámen Periódico Satisfactorio SI — NO —

Exámen de Egreso Satisfactorio SI — NO —

RECOMENDACIONES

1. Higiene Postural	/	6. Control Audiometrico		11. Estilos de Vida Saludable	/
2. Pausas Activas	/	7. Uso de Doble Proteccion Auditiva		12. Evitar Posturas Prolongadas	/
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	/	8. Control Optometrico Periodico		13. Uso de Medias de Compresión Graduado	/
4. Uso de Elementos de Protección Personal	/	9. Uso de Lentes			
5. Valoración por Medicina Ocupacional		10. Control de Tension Arterial			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fuí informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Nestor Garzón Rodriguez
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia 1888 S.D.S.

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL — RM

Firma Trabajador

C.C. No. 52463950

Huella

Scanned by CamScanner

Certificado de Participación

Este certificado es otorgado a

Chavarro Parada Adriana

D.I. 52463980

Por su asistencia y participación en el taller de

SOPORTE VITAL BÁSICO

Con una duración de 20 horas

CIES

Fecha

7

Diciembre 2016

CORPORACIÓN IBEROAMERICANA DE ESTUDIOS CIES
Nit: 830105118-3

Firma

Director(a) Programa

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

ADRIANA CHAVARRO PARADA

C.C.: 52463980

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

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

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

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

Scanned by CamScanner

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTION 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 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 27 NOV 17 | CIUDAD: Bogotá | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Estimado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No. 000 de 2015, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad vigilada por la Dirección de Inspección y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN 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
Chavarro	Parada	Adriana	

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	52463980	Bogotá	1997-Marzo-8

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
24-12-1978	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	2	2	3004388757

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION U OFICIO
NINGUNO ☐ POSGRADO ☐ NIVEL ESTUDIO TECNOLOGO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ UNIVERSITARIO ☒ CUAL:	Auxiliar de Enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Clle 54D sur #87032s	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3929097

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
adriana.chavarroparada@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
Sierra	Castro	Orlando	Alberto

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	79571182	Bogotá	1991 Junio-14

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ | NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	IVA	ICA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	8699 PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☒

Scanned by CamScanner

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- 611
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-05-22

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 ☒	OTRO ☐	NIT	900954057

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ PISCICOLA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ ☐

OTRA ☐ CUAL X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 15 #7-59 Sur	3282828	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermaria	FECHA VINCULACION		01-07-203

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIO	—	GASTOS FAMILIARES	200.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	1494.000	ARRIENDOS	550.000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	—	DEUDA JURIDICOS	
PENSIONES	—	CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	1494.000	OTROS EGRESOS*	500.000	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRASOS		TOTAL EGRESOS*	1250.000	TOTAL ACTIVOS		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
Romero	Ballesteros	Adriana	Helena
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Clle 40sur #72-33	Bogotá	Amiga	3102165743

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogotá	Ahorro	102641776	Av Primera.	3820000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ 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.):

Salario Integral por prestacion de servicios como Auxiliar de Enfermaria.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades 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 sancionatorias con

Scanned by CamScanner

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requerirá 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 dator 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 - 43, 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.

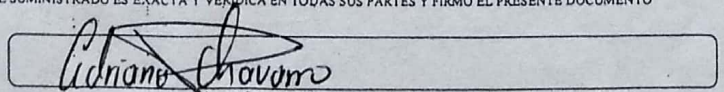
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de 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 elaboracion de estudios tecnicos , estadisticos, encuestas, analisis 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, compañías de asistencia medica, abogados internos y esteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos,de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionaldo 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 mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

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:			

Scanned by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ADRIANA CHAVARRO PARADA identificado(a) con CC 52463980 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**21/07/2007**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de Noviembre del año 2017.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

DAS16609
Famisanar
22 NOV 2017
NANCY LUIS MANJARRES
CONSULTOR INTEGRAL JUNIOR
EPS FAMISANAR LTDA.
CONSULTOR INTEGRAL

Scanned by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHAVARRO PARADA ADRIANA** identificado(a) con **CC** número **52.463.980** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de enero de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de noviembre de 2017.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Gerencia de productos
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2017112713063

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52463980 (Numero de Documento)	Seguros Bolivar (ARL)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Adriana		Chavarro	Parada

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	teléfono fijo
24-12-1978	Bogotá	Cll 54D Sur No. 87D-32	3929097

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Famisanar	Protección	1.494.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar Enfermería	10 - enero - 2018

Correo Electrónico	Celular
adriana.chavarroparada@gmail.com	3004388757

Firma del Afliado

Patricia Subogal

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102090471

WEB
12:32:33

Bogotá DC, 23 de noviembre del 2017

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) ADRIANA CHAVARRO PARADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52463980:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 23 de noviembre de 2017, a las 12:30:8, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.463.980
Código de Verificación	647662912017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1911167

Bogotá D.C., 23 de Noviembre de 2017 - 13:06 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., el señor(a) **ADRIANA CHAVARRO PARADA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA** de BOGOTÁ, D.C.

52463980

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_RLP5D_0413
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 23/11/2017 a las 15:03:14 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52463980 y Nombres: CHAVARRO PARADA ADRIANA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

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

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

Todos los derechos reservados 2011.

Scanned by CamScanner

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CHAVARRO PARADA,ADRIANA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 52.463.980 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102641776, abierta/o desde el 09/08/2013.

Se expide en Bogota el día 24 del mes de Noviembre del año 2017

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Scanned by CamScanner

Banco de Bogotá

Fogafín Seguridad para tu dinero — Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

Extracto Cuenta Ahorros

Nro. 2017093009AH0086891107



592185 1 3

CHAVARRO PARADA,ADRIANA
CL 46 A 86 41 INT 413
BR LAS MARGARITAS
BOGOTA D.C.,BOGOTÁ D.C.- CUND.
Entrega: EM Oficina: 0102 Avenida Primera
592185

FECHA EXTRACTO Julio - Septiembre 2017
Desde: Julio 01 Hasta: Septiembre 30
Cuenta Número: 102641776
Tipo de Cuenta: Cuentas Privadas
Cod. Origen: 0102
BOGOTA

Resumen de la Información

Saldo Inicial:	**3.00**
Total 000003 Abonos:	5,036,625.00
Total 000013 Cargos:	-5,012,358.00
Total IVA:	0.00
Total 4x1000 GMF:	-20,050.00
Total Retencion:	0.00
Total Intereses:	30.00
Saldo Final:	**4,250.00**

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor	Saldo
07/07	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic Electro	000000	1,777,513.00	1,777,516.00
07/07	0658	Pago Automatico Cuota de Credito 2605	Bogota	Av Primera	002605	-222,878.00	1,554,638.00
07/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-892.00	1,553,746.00
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B6694 Popular TECMILEN realizado el 10/07/2017 Tarj # 491511******3809		Canal Electro	001099	-40,000.00	1,513,746.00
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2214 de Bogota HSANTACL realizado el 09/07/2017 Tarj # 491511******3809		Canal Electro	007306	-300,000.00	1,213,746.00
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2675 de Bogota CCMILENI realizado el 07/07/2017 Tarj # 491511******3809		Canal Electro	001374	-600,000.00	613,746.00
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2675 de Bogota CCMILENI realizado el 07/07/2017 Tarj # 491511******3809		Canal Electro	001372	-600,000.00	13,746.00
10/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-6,160.00	7,586.00
25/07	0658	Pago Automatico Cuota de Credito 2605	Bogota	Av Primera	002605	-7,554.00	32.00
25/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-30.00	2.00
31/07	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		13.00	15.00
09/08	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic Electro	000000	1,678,875.00	1,678,890.00
09/08	0658	Pago Automatico Cuota de Credito 2605	Bogota	Av Primera	002605	-211,926.00	1,466,964.00
09/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-848.00	1,466,116.00
10/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B6694 Popular TECMILEN realizado el 10/08/2017 Tarj # 491511******3809		Canal Electro	008975	-260,000.00	1,206,116.00
10/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B6694 Popular TECMILEN realizado el 10/08/2017 Tarj # 491511******3809		Canal Electro	008973	-600,000.00	606,116.00
10/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B6694 Popular TECMILEN realizado el 10/08/2017 Tarj # 491511******3809		Canal Electro	008971	-600,000.00	6,116.00
10/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-5,840.00	276.00
31/08	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		4.00	280.00
08/09	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic Electro	000000	1,580,237.00	1,580,517.00
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B6694 Popular TECMILEN realizado el 11/09/2017 Tarj # 491511******3809		Canal Electro	003516	-370,000.00	1,210,517.00
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B6694 Popular TECMILEN realizado el 09/09/2017 Tarj # 491511******3809		Canal Electro	003050	-600,000.00	610,517.00
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B6694 Popular		Canal Electro	003052	-600,000.00	10,517.00

Notificar cualquier reparo a la Revisoría Fiscal KPMG Ltda., Apartado Aéreo No. 36700 Bogotá CC-091-2 (Junio/2004)

Si usted desea conocer la tasa de interés que actualmente pagamos sobre sus depósitos ingrese a www.bancodebogota.com.co o visite alguna de nuestras oficinas

Valor pendiente por aplicar : 0.00

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Impreso por dispapeles SAS NIT 860025864-2

Scanned by CamScanner