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 DEL TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-613
VERSIÓN: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

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

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

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN 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 8621 FECHA 2015-06-18	SI	☑			
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☑			
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☐	
14	TARJETA PROFESIONAL	SI	☑	N/A	☐	
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐	N/A	☐	
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☑	N/A	☐	
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Adminsitración)	SI	☑	N/A	☐	
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☑	N/A	☐	
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☑			
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☐	
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A	☐	
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☐	
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☐	
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☐	

25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☑	N/A	☐
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI	☑		
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Sanitas	SI	☑		
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Proteccion	SI	☑		
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: Bolivar	SI	☑		
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☑		
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☑		
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☑		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☑		
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☑		

B. VERIFICACION Y REGISTRO DE LA INFORMACION			
V°B° Proceso Solicitante:		Fecha:	
V°B° Talento Humano:		Fecha:	
V°B° Contratación:		Fecha:	

Datos del usuario guardados

Noticias SICOP
Mis registros
Acceso del usuario
Términos y condiciones de uso



Información del usuario

Genero	Femenino
Cargo	medico hospitalario de ginecologia
Título	Dr(a)
Nombre completo	AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL
Nombre y apellido	AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL
Codigo del empleado	85121207
Tipo de documento	Cédula de ciudadanía
Número de identificación	1010134154
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	cr 4 n 6b -86
Código postal	
Estado	
Municipio	bogota
País	COLOMBIA
Correo electrónico	dateya100@gmail.com
Teléfono	3057127978
Celular	3057127978
Número de fax	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	English (United States)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	What is the middle name of your grandfather?
Respuesta	roberto
Celular	3057127978

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: 04-jul-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RAMIREZ	GIL	AURA ANDREA DE LOS ANGELES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1010184154

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 4 MES AGO AÑO 1989

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: Bogotá D. C.

MUNICIPIO: BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 4 # 6B 86

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 2330384

EMAIL clateya100@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°. X	MES NO	AÑO 2006

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
UN	12	X		MEDICO			
MG	1		X	MAGISTER EN MORFOLOGIA HUMANA			

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: 04-jul-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: INSTITUTO MATERNO INFANTIL	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	MUNICIPIO: BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 300 1234567	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: OPS	DEPENDENCIA: HOSPITALARIO DE GINECOLOGIA	DIRECCIÓN: AV CR DECIMA AV PRIMERA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL COMUNAL MALVINAS	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Caquetá	MUNICIPIO: FLORENCIA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 4352100	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 8 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: MEDICO RURAL	DEPENDENCIA: MEDICO RURAL	DIRECCIÓN: av circunvalar calle 4	

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	1	10
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 180/95).

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: 04-jul-2017

Bogota. 27/11/2017.

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

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, AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1010184154 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección CRA 4 # 6B 86 **Teléfonos** 3057127978 2330384

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUIS ROBERTO RAMIREZ ROMERO	17123443	PADRE
SANTIAGO MAURICIO RAMIREZ GIL	1010216013	HERMANO(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	$ 23.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 4.000.000,00
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
av villas	AHORROS	610788502	florencia	$ 300.000,00

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
luis roberto ramirez romero	arriendo	$ 1.000.000,00
santiago Mauricio ramirez gil	estudio	$ 1.000.000,00
UNIVERSIDAD NACIONAL DE	ESTUDIO	$ 4.500.000,00
FONDO NACIONAL DEL	AHORRO	$ 5.000.000,00

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

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ◯ N ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE C.C◯ C.E◯ T.I.◯	No.

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

Ana Andrea de la Angela Ramirez Cal

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

27-11-2017

CIUDAD Y FECHA

Bogota DC.

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

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERÍA JURÍDICA 4571 DE 1977

UAN
UNIVERSIDAD
ANTONIO NARIÑO

CONFIERE EL TITULO DE

MEDICO

A

Aura Andrea De Los Angeles Ramírez Gil

C.C. No. 1.010.184.154 de Bogotá D.C

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÀ, D.C., A LOS 23 DIAS DEL MES VII DE 2015

RECTOR

VICE RECTOR ACADEMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 195-18 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 28

BOGOTÀ, D.C. 24 08 VII DE 2015

No. 44375

ELABORO

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No. 4571 de 1977 del Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO NUMERO 44375

El Rector de la Universidad, el Decano de la facultad y el Secretario General, teniendo en cuenta

Que el estudiante **AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMÍREZ GIL**

Con cédula de ciudadanía No. 1.010.184.154 de Bogotá D.C

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de **MEDICINA**

De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de:

MEDICO

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de grado, en la ciudad de Bogotá a los 23 días del mes de JULIO de 2015

MARTHA ALICE LOSADA FALK
RECTOR

ALEJANDRA SALCEDO MONSALVE
DECANO

MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 195-18 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 25

FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

Aura Andrea De Los Ángeles Ramírez Gil

C.C. 1.010.184.154

Asistió en calidad de participante a la

CAPACITACIÓN DE INSERCIÓN Y REMOCIÓN DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO JADELLE (LEVONOGESTREL)

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, el 30 de septiembre de 2015, con una intensidad de 4 horas.

En constancia firman:

Alexander Serrano
EP Trade Strategy
Bayer

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada

Educación Continuada

ISO 9001
icontec
SC - CER366083

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

Con el respaldo de:

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Profamilia Pensando en ti

BAYER

CAPACITACIÓN DE INSERCIÓN Y REMOCIÓN DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO JADELLE (LEVONOGESTREL)

Contenido Temático:

- Presentación Kit Jadelle.
- Historia.
- ¿Que es el Jadelle?
- Estructura del implante.
- Estudio de los niveles del LNG Jadelle vs. Norplant.
- Liberación de LNG con implantes de Jadelle.
- Eficacia OMS – 2007.
- Acción.
- Efecto metabólico.
- Efectos colaterales.
- Otros efectos secundarios.
- Manejo de síntomas.
- Beneficios.
- Complicaciones.
- Manejo.
- Abscesos.
- Consejeria.
- Recomendaciones.
- Signos y síntomas de alarmas.
- Criterios de elegibilidad según OMS (pacientes).
- Procedimiento inserción y remoción.
- Puntos clave en la inserción.
- Recomendaciones post-inserción.
- Remoción.

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EL DEPARTAMENTO DE SIMULACIÓN CLÍNICA -
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN REANIMACIÓN CARDIOCEREBROPULMONAR
AVALADO POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION

CERTIFICA QUE

AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL

Asistió al curso de

Reanimación Básica y Avanzada del Adulto BLS – ACLS Proveedor

Con una duración de un (1) crédito académico.

Bogotá D.C., Junio 19 y 20 de 2015

Dra. Gladys Alfonso Hernández
Directora de curso
Instructor AHA

Dra. Claudia Cifuentes Aya
Coordinadora de curso- Instructor AHA
Universidad El Bosque

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL.

C.C. 1.010.184.154

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE FLORENCIA (CAQUETA), EL DÍA 17 DE DICIEMBRE DE 2015

DURACIÓN 08 HORAS

Según Resolución 0459 del 2012.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

EN LOBO NARVAEZ.
INADORA OPERATIVA
L COLOMBIA G.C.E.
BLS–ACLS , CORAT.

ON DICIEMBRE 2017.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

American Heart Association

life is why™

CPRVerify

Certificate

AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL

has successfully completed

Basic Life Support

BLS for Healthcare Providers Course

This certificate does not replace the American Heart Association course completion card.

Universidad El Bosque
Training Center

Universidad El Bosque
Training Site

36c729ab2c71
Certificate Number

ZL20061
Training Center ID

19 Jun 2015
Date Completed

Bogota, Cundinamarca, COLOMBIA
ITC City, Country

June 2017
Expiration Date

GLADYS ALFONSO HERNANDEZ
Instructor Name

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

American Heart Association®

life is why™

CPRVerify

Certificate

AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL

has successfully completed

Advanced Cardiovascular Life Support

Advanced Cardiovascular Life Support Course

This certificate does not replace the American Heart Association course completion card.

Universidad El Bosque
Training Center

Universidad El Bosque
Training Site

2b660cbed948
Certificate Number

ZL20061
Training Center ID

20 Jun 2015
Date Completed

Bogota, Cundinamarca, COLOMBIA
ITC City, Country

June 2017
Expiration Date

GLADYS ALFONSO HERNANDEZ
Instructor Name

DS4858 R3/14 ©2014 American Heart Association

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SIMULACIÓN CLÍNICA

Certifican Que:

AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL

Asistió al taller de Arritmias Cardiacas, realizado el 19 de Junio de 2015 en la Universidad El Bosque, con una duración de 3 horas.

Dra. Gladys Alfonso Hernández

Medico Internista

Instructor de Reanimación BLS- ACLS AHA

Universidad El Bosque

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Antonio Nariño.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF. autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Ana Andrea de los Angeles Ramirez Gil. 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:

Medico General.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Ana Andrea de los Angeles Ramirez G.

No. de documento: 1010184154

Tarjeta profesional No: 1010184154

Dirección de contacto: Cl 4 # 6B -86

Teléfono: 3057129978

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.010.184.154

NUMERO

RAMIREZ GIL

APELLIDOS

AURA ANDREA DE LOS ANGELES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-AGO-1989**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

09-AGO-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500117-47163958-F-1010184154-20071020 **00644** 07293Q 02 238799164

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14341713368

(415)7707212489984(8020) 000001434171336 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1010184154	2	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1010184154	2007 08 09

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	GIL	AURA	ANDREA DE LOS ANGELES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 4 6 B 86

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
clateya100@gmail.com		2330384	3057127978

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8621	2015 06 18					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2015 06 18

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: DIMAS RINCON MARIA ISABEL
985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 11-10-2016
Hora: 10:36:02 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1010184154-2 AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL

Información General

Dirección CR 4 6B 86

Teléfonos 3057127978

Dirección electrónica clateya100@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 11/10/2016

Soporte Inscripción 22768809

Fecha Inicio Actividades 18/06/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001232295

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

AURA ANDREA RAMIREZ GIL

C.C o C.E 1010184154

Profesión u Ocupación
MEDICO
Especialidad

Institución de Educación
U. ANTONIO NARIÑO
Ciudad **BOGOTA D.C.**
Fecha de expedición diploma **23/07/2015**
Fecha de inscripción RETHUS **07/09/2016**



CMC2016-13248

GOBERNACIÓN DE CAQUETÁ

Con Usted Hacemos Más por el Caquetá

SS.92

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

CERTIFICA:

Que conforme con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el profesional **AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL** identificado (a) con cédula de ciudadanía No 1.010.184.154, cumplió el Servicio Social Obligatorio como **MEDICO,** en la siguiente plaza y fechas:

Código de la Plaza	Modalidad	Fecha de inicio	Fecha de terminación
18001570310l1-3	Prestación de Servicios	01 Agosto de 2015	31 Julio de 2016

Dada en Florencia Caquetá, el 03 de Agosto de 2016

TITO MENDEZ MADRID

Secretario

Revisó: Lilibet Johana Galvan Mosheyoff
Director Técnico Dirección Desarrollo de Servicios
Proyectó: Nydia Sánchez Conde

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 *

1010184154

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).

C-0688

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1010184154 de Bogotá y T.P. o R.M. No. 1010184154 del(a) Colegio Médico Colombiano, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los veintidós (22) días del mes de febrero de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

JAIME FERNANDO GUZMAN MORA MD., MSC.
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

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

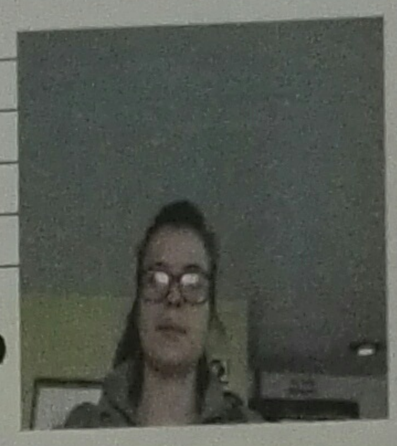
Nombres:	Ana Andrea de los Angeles		
Apellidos:	Ramirez Gil.		
Documento de identidad:	C.C. X	T.I.	Pasaporte	No. 1001184154.
Fecha de Nacimiento:	Día 04	Mes 08	Año 1989	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	11 Sept 2013	012N1019 10/13	Dolly Barbosa
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	200708	012N1020	[illegible]
	2	Oct 2007	020N1021	Diego Blanco
	3	Dic 2007	30 SCC/0	Sol
	R	Dic 2008	20C1103	Diego Blanco

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	11 Oct 2013	012N1026 10/13	Dolly Barbosa
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

DATOS DEL PACIENTE. Bogotá D.C, 16/ago./2016 09:42 am



Nombres: AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL
Tipo de Documento: CC **Documento** 1010184154
Sexo: F **F. Nacimiento**: 04/ago./1989 **Edad**: 27 años
Entidad: PARTICULAR **Cargo:** CONTRATISTA

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

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

1	APTO (A) FISICA Y MENTALMENTE PARA EL CARGO	Si	X
2	APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO INTERFIEREN CON SU FUNCION	Si	
3	CON RESTRICCION TEMPORAL PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si	
4	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si	

Tipo de Restriccion:NO
Duración:

Recomendaciones:

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida
X	Consulta optometria para formula de trastorno refractivo ANUAL
X	Otras:CONTINUAR USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica **SI**

C.VISUAL	X	C.AUDITIVO		R.BIOMECANICO		NUTRICIONAL		CARDIOVASCULAR			
RIESGO QUIMICO				PREVENCION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS							

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda		Optometria		Agudeza Visual		Visiometria			
Espirometría		Audiometría		Frotis Garganta		KOH		RH		Coprológico	P. de O
Glucosa		Hemograma		Serología		P. Alcohol		Drogas		Baciloscopia (BK)	
E.K.G.		Manipulación de Alimentos		Vacuna Tétanos		Enfasis Cardiovascular					
Perfil Lipidico		Psicométrico		F. Hepatica		Alturas		Creatinina			

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

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): MANUEL CASTELLANOS BUENDIA MS SO
Bogotá D.C, 16/ago./2016 09:42 am

Enrique Castellanos Buendia MD
E.S. Ocupacional
Lic. No. 12427 2014
R.M. 10862 S.S.B.

R.M.
Especialista Salud Ocupacional

Firma Examinado
C.C. No 1010184154

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

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

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

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

FECHA:	29/11/17	CIUDAD:	Bogota.	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca.

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ramirez	Gil.	Ana Andrea. de los Angeles.	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1010184154	Bogota.	09-08-2007
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
04-08-89	Bogota.	Colombia.	Colombiana.

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

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cr 4#68-86	Bogota.	Cundinamarca.	Colombia.	3057127978

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐
Arteya100@Gmail.com.				

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
*	*	*	*	*

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
*	*	*	*

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☒ NO ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	8621
			ICA	SI ☐	NO ☐	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Salud centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	#NIT	900.956051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 # 5-34	2970960	Bogota.	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Medico Hospitalario Ginecologia	**FECHA VINCULACION**		01-09-16

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	5'000.000	GASTOS FAMILIARES	1'000.000	AHORROS	2'000.000	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	0	ARRIENDOS	1'000.000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	100.000
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	1'000.000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	5'000.000	TOTAL EGRESOS	3'000.000	TOTAL ACTIVOS	2'000.000	TOTAL PASIVOS	100.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
*	Estudio.	Fondonacional ahorro	*

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Coral	noguera.	Dumer.	Alejandro.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 31c 18-94.	Pasto / narino.	Amigo.	3177732655.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco av villas.	Cuenta de ahorros.	610788502	Florencia.	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO X

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS.

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: *

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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del

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

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

Ana Andrea de los Angeles Ramirez C.C. 1010184154

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

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

DIAN

Declaración de Renta y Complementarios Personas Naturales y Asimiladas No Obligadas a llevar Contabilidad

210

1. Año: 2016

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2111308039186

(415)7707212489984(8020) 000211130803918 6

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
1010184154	2	RAMIREZ	GIL	AURA	ANDREA DE LOS A	32

24. Actividad económica: 0010 — Si es una corrección indique: — 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior

28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X"): [ ]

Patrimonio

Total patrimonio bruto	30	15,000,000
Deudas	31	34,273,000
Total patrimonio líquido	32	0

Ingresos

Recibidos como empleado	33	35,217,000
Recibidos por pensiones jubilación, invalidez, vejez, de sobreviviente y riesgos laborales	34	0
Honorarios, comisiones y servicios	35	23,522,000
Intereses y rendimientos financieros	36	0
Dividendos y participaciones	37	0
Otros (Ventas, arrendamientos, etc.)	38	0
Obtenidos en el exterior	39	0
Total ingresos recibidos por concepto de renta	40	58,739,000
No Constitut. renta ni gan ocasional — Dividendos y participaciones	41	0
Donaciones	42	0
Pagos a terceros por alimentación	43	0
Otros ingresos no constitutivos de renta	44	0
Total ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	45	0
Total ingresos netos	46	58,739,000

Costos y deducciones

Gastos de nómina incluidos los aportes a seguridad social y parafiscales	47	0
Deducción por dependientes económicos	48	5,874,000
Deducción por pagos de intereses de vivienda	49	0
Otros costos y deducciones	50	4,858,000
Costos y gastos incurridos en el exterior	51	0
Total costos y deducciones	52	10,732,000

Renta

Renta líquida ordinaria del ejercicio	53	48,007,000
o Pérdida líquida del ejercicio	54	0
Compensaciones (Por exceso de renta presuntiva)	55	0
Renta líquida	56	48,007,000
Renta presuntiva	57	0
Renta exenta — Gastos de representación y otras rentas de trabajo	58	0
Aportes obligatorios al fondo de pensión	59	731,000
Aportes a fondos de pensiones voluntarios	60	0
Aportes a cuentas AFC	61	0
Otras rentas exentas	62	0
Por pagos laborales (25%) y pensiones	63	13,287,000
Total renta exenta	64	14,018,000
Rentas gravables	65	0
Renta líquida gravable	66	33,989,000

Ganan. Ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales en el país	67	0
Ingresos por ganancias ocasionales en el exterior	68	0
Costos por ganancias ocasionales	69	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	70	0
Ganancias ocasionales gravables	71	0

Determinación de la renta gravable alternativa - IMAN, para empleados

Total ingresos obtenidos periodo gravable	72	58,739,000
Dividendos y participaciones no gravados	73	0
Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	74	0
Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	75	3,354,000
Gastos de representación exentos	76	0
Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	77	0
Pérdidas por desastres o calamidades públicas	78	0
Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	79	0
Costo fiscal de los bienes enajenados	80	0
Indemnizaciones y otros Lit. i) Art 332 ET.	81	0
Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez; fondos de cesantías y cuentas AFC	82	0
Renta Gravable Alternativa (Base del IMAN)	83	55,385,000

Liquidación privada

Impuesto sobre la renta líquida gravable	84	296,000
Impuesto Mínimo Alternativo Nacional -IMAN, empleados	85	74,000
Descuentos — Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit a), b) y c) art. 254 E.T.	86	0
Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit d) art. 254 E.T.	87	0
Por impuestos pagados en el exterior, distintos a los registrados anteriormente	88	0
Otros	89	0
Total descuentos tributarios	90	0
Impuesto neto de renta	91	296,000
Impuesto de ganancias ocasionales	92	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	93	0
Total impuesto a cargo	94	296,000
Anticipo renta por el año gravable 2016	95	0
Saldo a favor año 2015 sin solicitud de devolución o compensación	96	0
Total retenciones año gravable 2016	97	1,055,000
Anticipo renta por el año gravable 2017	98	0
Saldo a pagar por impuesto	99	0
Sanciones	100	0
Total saldo a pagar	101	0
o Total saldo a favor	102	759,000

103. No. Identificación signatario — 104. DV

105. No. Identificación dependiente: 1010216013 — 106. Parentesco: HERMANO — 107. Total dependientes: 1

981. Cód. Representación: [ ]

Firma del declarante o de quien lo representa

Barrio Arcadia de los Angeles Ramirez Gil

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

DAVIVIENDA 51-074 H.N. 12 SEP 2017 CAJERO 8 RECIBIDO SIN PAGO

980. Pago total $: 0

DAVIVIENDA 51566864

(415)7707212489953(8020)5107405039059

2017638080391 8

MUESTRA

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2017

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1010184154
NOMBRES Y APELLIDOS	Ramirez Gil,Aura Andrea De Los Angeles
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De Prestación
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	24/08/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ramirez Gil,Aura Andrea De Los Angeles, a los 17 días del mes de noviembre del año 2017.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

SEGUROS BOLÍVAR

Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador



CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

CEDULA DE CIUDADANIA

Número de Documento *

La persona identificada con CC-1010184154 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

phk4w

Confirmar imagen *

CONSULTAR

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

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1010184154 Numero de Documento	Seguros Bolivar ARL
Ana Primer Nombre	Andrea de los Angeles Segundo Nombre
Ramirez Primer Apellido	Gil Segundo Apellido
4/08/89 F. Nacimiento dd/mm/aa	Bogota Ciudad de Nacimiento
Cr 4#6B-86 Dirección de Residencia	3057127978 Teléfono Fijo
Sanitas EPS - Salud	Proteccion. AFP - Pensiones
$ 5'000.000 Honorarios	
Medico Hospitalario y ginecologia. Objeto Contractual (Cargo)	1/sep/2016. Fecha Inicio del Contrato
Clotegya100@6mail.com. Correo Electrónico	3057127978 Celular
Ana Andrea Ramirez G. Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMIREZ GIL AURA ANDREA DE LOS ANGELES** identificado(a) con **CC** número **1.010.184.154** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de abril de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 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

2017111709360

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 101834915

WEB
09:22:09

Bogotá DC, 17 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) AURA ANDREA DE LOS ANGELES RAMIREZ GIL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010184154:

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 viernes 17 de noviembre de 2017, a las 9:21:9, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.010.184.154
Código de Verificación	10193958652017

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. 1897162

Bogotá D.C., 17 de Noviembre de 2017 - 8:53 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIEZ MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO**

1010184154

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_HYKUF_538
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

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, 17/11/2017 a las 09:23:52 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 1010184154 y Nombres: RAMIREZ GIL AURA ANDREA DE LOS ANGELES

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.

Banco AV Villas

NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL "AV VILLAS"

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que AURA ANDREA DE LOS ANGELE RA identificado con el documento No. 1.010.184.154 posee en la oficina FLORENCIA (610) una cuenta de ahorros No. 610788502 desde el 3 de Agosto de 2015

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Agosto de 2017

Atentamente,

Gerente Oficina Bogota Calle 14

Esta certificación tiene un costo de $ 9.010,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.