



Centro Orinoco 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

CODIGO: AP-TB-PT-010
VERSION: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE: Haydeemira Vargas FECHA: 27-11-17 Nº FOLIOS: 52126814

NOMBRE DEL CANDIDATO: Haydeemira Vargas DOCUMENTO: 52126814

TELÉFONO: 3183931673 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 FÍSICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

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

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI		N/A	
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)				
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)				
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS				
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO				
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES				
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES, (Ley 3655 de mayo de 2015)				
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Ticaiton, Trecallegua, Profitec)				
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA				
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%				
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CODIGO COV <u>8672</u> FECHA <u>25-08-2016</u>				
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT				
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)				
14	TARJETA PROFESIONAL				
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRICTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)				
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN ESTRUS (Personal en salud)				
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Médicos, Enfermeros, Odontólogos, Dietistas, Ingenieros, Contadores, Administradores)				
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencia) - Máximo tres años (vigencia 0/1 año - 0/6 meses / 1 año - 0/6 años de vigencia) V/O O TITULACIÓN (vacuna)				
19	EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/017)				
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años				
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermeros, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)				
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APD)				
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camión)				
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)				
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancias)				
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) - Completar en diligenciado				
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE <u>Compañía</u>				
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSION - NOMBRE <u>Porvenir</u>				
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE <u>Seguro Bolívar</u>				
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe constar nombre, N° de documento y N° de cédula)				

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V/B* Proceso Solicitante	Fecha:	
V/B* Talento Humano	Fecha:	
V/B* Contratado	Fecha:	



Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO

HAYDEE VARGAS CASTRO con el NIT 52126814 creada

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

Haga clic aquí para continuar >



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VARGAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CASTRO	NOMBRES HAYDE EMIRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52126814	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 6 MES AGO AÑO 1972 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 20A 66 62 SUR PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C. TELEFONO 4006673 EMAIL hayde0806@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES NO	AÑO 1992

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	
TC	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA		6	2007	52126814

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDE APO
SISTEMA DE INFORMACIÓN ELECTRONICA DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Centro Oriente E.S.E Unidad de servicio de Salud Santa Clara	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	hayde0806@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DIA 4 MES 5 AÑO 2015		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de Enfermera	Enfermería	CARRERA 15 CON 1 59	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA ESE	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DIA 1 MES 4 AÑO 2011		DIA 30 MES 3 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
CAMILLERA	ENFERMERIA	CARRERA 15 CON 1 59	

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	6	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	1

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 CONVIENE ARTÍCULO 5. DE LA LEY 190 DE 1995



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: 23-nov-2017

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Hardeemar Vargas Castro
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.

Bogotá 27-11-17
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HAYDE EMIRA VARGAS CASTRO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52126814 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Bogotá D. C.

Municipio BOGOTÁ D. C.

Dirección CRA 20A 66 62 SUR

Teléfonos 3183931613 4006673

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALFARO VARGAS LIZMAYER	1031162537	HIJO(A)
ALFARO VARGAS JASBLEIDY	1031168615	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	\$ 13.385.592,00
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	AHORROS	102619202	AV PRIMERA DE	\$ 10,00

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:



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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.
ALFARO JOSE IGNACIO	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	79752244

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Haydeemía Vargas Castro
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 27-11-17
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre

El Liceo Comercial

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 20699 del 26 de Octubre de 1982

Confiere a

Haydeemira Vargas Castro

Identificado con C.C. No. 52.126.814 de Bogotá.

El Título de

Bachiller Académico

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



Director

Secretario

[Signature of Director] *[Signature of Secretary]*

Dado En Santafé de Bogotá A 5 De Diciembre De 1992
D.C.

Anotado Al Libro De Registro No. 7

Secretaría De Educación

Dado en Bogotá D.C. 1992



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.

Que : **Margarita Castro Hernández**

Curso y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley
Con una intensidad de 1800 horas



**Técnico Laboral en
AUXILIAR DE ENFERMERIA**



Roberto Polanco
Presidente

Quirós
Secretario

Yolaceth Cueva
Directora Académica

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. 577

DANE 311001-00722

LICEO COMERCIAL

En la ciudad de SANTAFE DE BOGOTA D.C. a los CINCO (5) días del mes de DICIEMBRE del año 1992 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario de la rectoría del LICEO COMERCIAL

institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según RESOLUCION No. 20599 del VEINTISEIS (26) de OCTUBRE de 1982

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

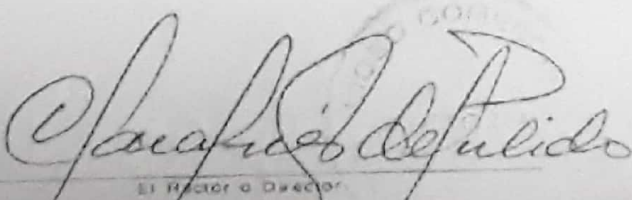
VARGAS CASTRO HAYDEEMIRA

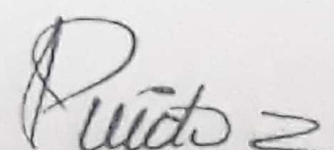
C.C. # 52.126.814 DE BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 01 de fecha 05/12/92 que consta de 175 alumnos comienza con el nombre de AGUIRRE HIDALDO GINNETTE PATRICIA y se cierra con el nombre de ZAPATA JARAMILLO SANDRA LILIANA firmado y sellado por CLARA INES GUTIERREZ DE PULIDO (Rector) y DAVID PULIDO ESPINOSA (Secretario)

Dada en SANTAFE DE BOGOTA D.C. a los CINCO (5) días del mes de DICIEMBRE de 1992

Firmado y Sellado


El Rector o Director
C.C. No. 41.461.782 DE BOGOTA


Secretario(a)
C.C. No. 17.082.478 DE BOGOTA



FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 81 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1930 del 22 de Abril de 1999, Emisada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 017

En Bogotá, D.C. El día 27 de Junio del Año dos mil siete (2007), se Reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, el Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el Cuerpo de Docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 5817

VARGAS CASTRO Haideemira

C.C. 52.126.814 de Bogotá D.E.

El certificado que lo (a) acredita como :

**TÉCNICO LABORAL
Auxiliar de Enfermería**

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley con una intensidad de 1.800 horas.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Veintinueve (29) días del mes de Junio del año dos mil siete (2007)



PRESIDENTE
Roberto Galindo G.

SECRETARIA
Nancy Galindo

DIRECTORA ACADÉMICA
Lila Yaneth Cárdenas Ramírez

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:

HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO

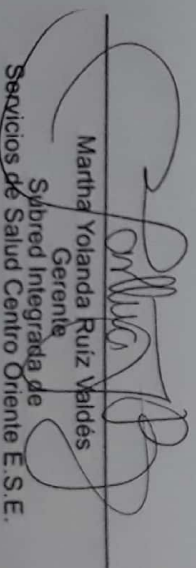
C.C.: 52126814

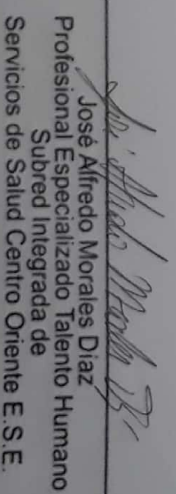
Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas 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.

EL HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E.

Certifica Que:

VARGAS CASTRO HAYDEEMIRA

C.C. 52126814

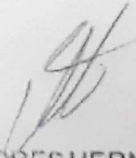
Asistió a la

Capacitación teórico práctica:

“Buenas Prácticas para el manejo seguro de pacientes
psiquiátricos y farmacodependientes”

Celebrado en Bogotá D.C, el día 19 de Enero 2016


HUGO GERMAN REYES GUERRERO
LIDER UFFEN SALUD MENTAL


MARCELO ANDRES HERNANDEZ YASNO
LIDER CIENTIFICO SALUD MENTAL

Bogotá D.C

Señores:

FUSPESA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Haydeemira Vargas Castro, 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:

Técnico Auxiliar de Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Haydeemira Vargas Castro

No. de documento:

52126814 Btu

Tarjeta profesional No:

52126814. Btu

Dirección de contacto:

Cra 20A # 66-62 Sur

Teléfono:

3183931613



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
Subred Centro Oriente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Santa Clara

NIT 860.020.188 - 1

ÁREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **VARGAS CASTRO HAYDEEMIRA**, identificado con cédula de ciudadanía **52.126.814**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Santa Clara de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E así:

NºAS907/2011	del	11 de abril al 31 de mayo del 2011
NºAS1120/2011	del	16 al 30 de junio del 2011
NºAS1220/2011	del	5 de Julio al 30 de septiembre del 2011
NºAS2165/2011	del	10 al 31 de octubre del 2011
NºAS 2924/2011	del	11 de noviembre al 31 de diciembre del 2011
AS 323 2012	del	10 de enero al 30 de septiembre de 2012
AS 2218 2012	del	01 al 31 de octubre de 2012
AS 3009 2012	del	07 al 30 de noviembre de 2012
AS 3988 2012	del	26 al 31 de diciembre de 2012
AS 349 2013	del	01 de enero al 30 de junio de 2013
AS 1878 2013	del	01 de julio al 31 de agosto de 2013
AS 3121 2013	del	03 de septiembre al 27 de octubre de 2013
AS 4451 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0126 2014	del	01 de enero al 31 de mayo de 2014
AS 1591 2014	del	03 de junio al 31 de agosto de 2014
AS 2991 2014	del	01 al 30 de septiembre de 2014
AS 3754 2014	del	01 al 31 de octubre de 2014
AS 4075 2014	del	01 al 30 de noviembre de 2014
AS 4974 2014	del	19 al 31 de diciembre de 2014

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

Cra. 14B Nº 1-45 Sur
Tel.: 3282828
www.esesantaclara.gov.co

Estamos en período de transición

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Salud Centro Oriente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Santa Clara

NIT 860.020.188 - 1

ÁREA DE TALENTO HUMANO

Continuación de certificado de VARGAS CASTRO HAYDEEMIRA

AS 0161 2015 del 02 de enero al 31 de agosto de 2015
AS 1319 2015 del 10 al 31 de marzo de 2015
AS 1447 2015 del 16 al 30 de abril de 2015
AS 1506 2015 del 05 de mayo al 30 de junio de 2015
AS 1652 2015 del 02 de julio al 31 de agosto de 2015
AS 2282 2015 del 07 de septiembre al 30 de noviembre de 2015
AS 3879 2015 del 01 al 31 de diciembre de 2015
AS 0423 2016 del 01 de enero al 31 de agosto de 2016

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AS 0423 2016, plazo de ejecución del 01 de enero al 31 de agosto de 2016 y cuyo objeto es APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Se expide la presente certificación a los ocho (08) días del mes de agosto dos mil diez y seis (2016) a solicitud del interesado.

JUAN CARLOS MANTILLA ALARCON
Profesional Especializado- Talento Humano

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

Cra. 14B N° 1-45 Sur
Tel.: 3282828
www.esesantaclara.gov.co

Estamos en periodo de transición

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.126.814

VARGAS CASTRO

APELLIDOS

HAYDEEMIRA

NOMBRES

Haydeemira Vargas Castro

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1972

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

03-DIC-1990 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00148712-F-0052126814-20090131

0009782420A 1

1300001121



ALCALDE MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 19-08-2016

Hora: 2:55:31 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52126814-1 HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO

Información General

Dirección CR 20 A 66 62
Teléfonos 4552764/3183931613
Dirección electrónica hayde0806@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 19/08/2016
Soporte Inscripción 22439287
Fecha Inicio Actividades 01/04/2011
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921- ACTIVIDAD DE APOYO
TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE
PROMOCION Y PREVENCION QUE RELACIONEN 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: - 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE
APOYO A LAS EMPRESAS N C P

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001070879

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.

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

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA
CERTIFICADO DE INSCRIPCION



HAYDEEMIRA
VARGAS CASTRO
C.C. P.C.E. 52126814



SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

[Signature]
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Expedición: 22/08/2007



Resolución No 6435 de 12/07/2007
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD, en uso de sus facultades legales y en especial las contenidas en el decreto 873 de 1993 y las resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1980 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Gobierno Nacional y Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el/la señor(a) VARGAS CASTRO HAYDEEMIRA, identificado(a) con C.C. número 52126514 expedida en BOGOTÁ D.E. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 29/06/2007 y registrado en el libro 4 Folio 5617 año 2007.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a VARGAS CASTRO HAYDEEMIRA, identificado(a) con C.C. número 52126514 expedida en BOGOTÁ D.E. para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

En Bogotá, D.C. a los 12/07/2007

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.

Directora de Desarrollo de Servicios

Bogotá, D.C. 22-07-2007
A la fecha notifica a la señora
señor(a) Haydeemira Vargas Castro
C.C. n.º 52126514
Firma Haydeemira Vargas Castro

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 *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

52126814

[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).



PBX 749 53 41
278 7799
Cel. 310 237 1397

SEDE PRINCIPAL
Cra. 15 No. 61-14 Piso 2
Bogotá, D.C.
Inmunosalud@outlook.com
www.inmunosalud.com

SEDE RESTREPO
Cra. 17 No. 18-49 Sur Occidente
Bogotá, D.C.



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Con sello, certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NOMBRES: Haldemira Vargas Castro
DOCUMENTO: 52126814
TELÉFONO:

VACUNA	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR

HEPATITIS A

HEPATITIS B

VACUNA	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
1 Dosis	23 NOV 2016	[Firma]
2 Dosis	21 FEB 2017	[Firma]
3 Dosis	17 JUL 2017	[Firma]
4 Dosis	23-NOV-2019	[Firma]

HEPATITIS A + HEPATITIS B

VARICELA

VACUNA	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
1 Dosis		
2 Dosis		
3 Dosis		

NOMBRE: Haldemira Vargas

T. TETANICO DIFTERICO

DTaP



LABORATORIO CLÍNICO MÉDICO
COLCAN



11123628

Nombre: VARGAS CASTRO HAYDÉE EMIRA
Identificación: CC 52126614
Edad: 102 Años 8 Meses 14 Días
Sexo: F
Tipo de Ordenamiento: MEDICOS VARIOS
Número de Ordenamiento: 1111086805

Fecha de recepción: 12-nov-2016 1:08 pm
Fecha de impresión: 16-nov-2016 11:33 am
Empresa: HOSPITAL SANTA CLARA (CONTADO)
Sede: REFERENCIA
Fecha Validación: 12-nov-2016 5:49:30 pm

Código

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
PATITIS B1 Ag. CONTRA Ag DE SUPERFICIE tubo: Quimioluminiscencia	8.6	mUI/ml	

de Referencia

No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml

Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

HAYDÉE CASTRO HAYDÉE EMIRA
Médico General
BACTERIOLOGÍA

HAYDÉE CASTRO HAYDÉE EMIRA
Médico General
BACTERIOLOGÍA



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO

Con Cedula de Ciudadanía No. 52.126.814

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los once (11) días del mes de octubre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR

CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

39773542 - 11/10/2016

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9403001301416CC52126814C.

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 27-11-17 CIUDAD: Bogotá 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
Vargas	Castro	Haydeemina	
TIPO DE IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	No IDENTIFICACION	Bogotá	03-12-1992
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ ORCIDADO(A) ☒ EN LIBRE ☐ VIUDO ☐		2	2
			383931613

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐

CUAL:

PROFESION
/ OFICIO

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 20A # 66-62 Sur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	4006673
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
haydeevcastro@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
Alfaro		Jose	Ignacio
TIPO DE IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	NUMERO IDENTIFICACION	Bogotá	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>		
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA: ☐				
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA <input type="text"/> <input type="text"/>
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐	
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐					

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☒ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ ALUD ☐	# NIT	900959051
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ MINERARIA ☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ ALUD ☐	OTRA ☐ CUAL: <input type="text"/>		

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cm 14b p-1-455	3282828 ext 223	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermería		FECHA VINCULACION	01-04-2011

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		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
ALFARO	Cortez	JILIA	PATRICIA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cm 20 N 66-97	Bogotá	Cuñada	3203355344

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACIÓN

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

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1981 de 2017. Es decir: el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

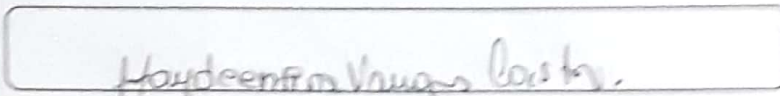
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyen en el anexo de esta autorización. En todo caso, los responsables del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de los previsto en el literal b) del numeral 2 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 14 No 6 - El Bosque EC, teléfono 444 44 44, e-mail: subredintegrada@centroorientese.gub.ec); y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prestación y control del servicio (UNION AL PUEBLO ECUATORIANO).
TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visitar (www.subredintegradasalud.gov.ec) en el Link: "POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES- ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

EL FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME FURNISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACIÓN 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. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Barco de Bogotá	Ahorro	102619202	av. Primera	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ I

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliar de Enfermería

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

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



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52.126.814 , se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO NIT , en calidad de INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Noviembre de 2.017

Observaciones:

Con destino a:
PERSONAL

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
8758219

CER-AFI



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **52,126,814**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Noviembre de 2017.

Gerente de Clientes



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52126814	HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO	RAFAEL URIBE-SEDE ADMINISTRATIVA	1	0.522%	14/10/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 23 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E



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

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52126814

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Haydeemira

Primer Nombre

Vargas

Segundo Nombre

Castro

Primer Apellido

Segundo Apellido

06-08-1972

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Cra 20A #66-62 SW

Dirección de Residencia

4006673

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 1'428.000

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

01-01-2017

Fecha Inicio del Contrato

haydeemiravargas@gmail.com

Correo Electrónico

3183931613

Celular

Haydeemira Vargas Castro

Firma del Afiliado

Tatiana P. Gavijo Q.
C.C. No 524312146
Enfermera

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52431204

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



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102000071



WEB

17:06:57

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 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) HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52126814:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co



LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y
JURISDICCIÓN COACTIVA

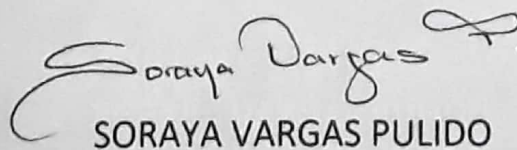
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 21 de noviembre de 2017, a las 17:11:9, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.126.814
Código de Verificación	692389252017

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 PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 518 7000

JMMC



Bogotá D.C., 21 de Noviembre de 2017 - 17:14 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) **HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS CATORCE** de BOGOTÁ D.C.

52126814

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_EVQZX_1417**
Link de verificación → <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio

Institución

Contactenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/11/2017 a las 17:07:51 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 52126814 y Nombres: VARGAS CASTRO HAYDEEMIRA

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

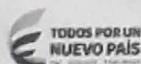
Carrera 59 N° 24-21, CAN, Bogotá DC

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 910 400

FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia
de la RepúblicaMinisterio
de DefensaGobierno
en LíneaPortal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

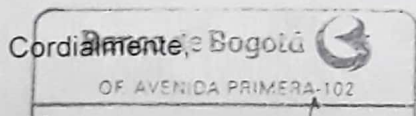
BANCO DE BOGOTÁ
OFICINA AVENIDA PRIMERA - 102

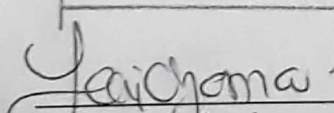
HACE CONSTAR QUE:

El señor(a) HAYDEEMIRA VARGAS CASTRO identificado con Cédula de Ciudadanía No 52.126.814 expedida en BOGOTÁ, se encuentra vinculado a nuestro banco; mediante cuenta de nómina No. 102619202 desde el 24 de Abril de 2011.

Se expide la presente a solicitud de nuestro cliente, a los (23) días del mes de Noviembre de dos mil diecisiete (2017). Para ser presentada a **Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E**

Cordialmente,




Firma Autorizada.