Centro Oriente E.S.E

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

CODIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 08
FECHA: 2017-11-15

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA	26-11-17	Nº FOLIOS	50
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Paola Andrea Morales		DOCUMENTO:		52440100
TELEFONO	3186128233		ACTIVIDAD SOLICITADA:		Enfermera

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 INSCRIPCION SECOP II	SI ☒	
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PUBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PUBLICA 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. 05920 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 UNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU 8692 FECHA 12 DIC-17	SI ☒	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT 8692	SI ☒	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☒
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☒	N/A ☐
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒	N/A ☐
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐
17	ANTECEDENTES ETICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría Administración)	SI ☒	N/A ☐
18	CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial - Mínimo tres dosis vigentes (0-1 mes-6 meses-1 año - 10 años de vigencia) VO O TITULACIÓN (recetha)	SI ☒	N/A ☐
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒	
20	CARNE DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 1 año	SI ☐	N/A ☒
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BASICO (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 (SARLAFI - Completamente diligenciado	SI ☒	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Medimas	SI ☒	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSION - NOMBRE: Colpensiones	SI ☒	
29	FORMULARID DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: Positiva	SI ☒	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Proceso Solicitante:		Fecha:	
V°B° Talento Humano:		Fecha:	
V°B° Contratación:		Fecha:	

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de Interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	PAOLA ANDREA MORALES PUENTES
Nombre abreviado	PAOLA ANDREA MORALES PUENTES
Fecha de incorporación	7 días de tiempo transcurrido *(15/11/2017 02:24 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
NIT	52440100
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	CALLE 12 C # 71 C- 30 INT 3 APTO 201
País	COLOMBIA
Ciudad	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	
Código postal	
Teléfono de oficina	3186128233
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	pmorales_puentes@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	pmorales_puentes@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	PAOLA ANDREA MORALES PUENTES
Cargo	
Teléfono	
Móvil	3186128233
Fax	
Correo electrónico	pmorales_puentes@hotmail.com

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: 18-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MORALES	PUENTES	PAOLA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52440100

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 MES AGO AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 12 C N 71 C 30 int 3 apto 201

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 7363505

EMAIL panmopu08@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DIC AÑO 1996
										X	

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*
ES	11	X		BACHILLER ACADEMICO	12	1996	No especificada
UN	8	X		SIN REGISTRAR	12	2006	52440100
ES	3	X		AUDITOTIA EN SALUD	12	2009	52440100

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
Francés			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-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: CAFAM	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: cafam@gmail.com.co	
TELÉFONOS: 3077011	*FECHA DE INGRESO*: DIA 29 MES 8 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 3 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Profesional Auditoria Salud	*DEPENDENCIA*: Calidad	*DIRECCIÓN*: Cll 51#15-48	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA BELEN	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: FUSAGASUGA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: clinicabelen@gmail.com.co	
TELÉFONOS: 8868888	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 4 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 5 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: SALAS DE CIRUGIA	*DIRECCIÓN*: TRANSVERSAL 12 #17-01	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOGAR NAZARETH	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: SIN ESPECIFICAR	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hogarnazareth@gmail.com.co	
TELÉFONOS: 20046002	*FECHA DE INGRESO*: DIA 14 MES 3 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 5 MES 5 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: Hospitalizacion	*DIRECCIÓN*: Chinauta Km 40	

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: 18-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: CLINICA HOSPITAL SAN RAFAEL	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: pamorales@clinicasanrafael.com
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 5 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO*: DIA 28 MES 3 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA AUDITORA	*DEPENDENCIA*: AUDITORIA		*DIRECCIÓN*: CRA 8 N17 52 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR, BARRIOS UNIDOS MEDERI	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 9 AÑO 2007		*FECHA DE RETIRO*: DIA 20 MES 5 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA , AUDITORIA	*DEPENDENCIA*: AUDITORIA		*DIRECCIÓN*: CRA 30 N 23 12

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	5	4
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	4

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

Última Actualización: 18-nov-2017

Bogotá 27-NOV-17

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Paola Morales.

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, PAOLA ANDREA MORALES PUENTES

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 52440100 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Cll 12 C N 71 C 30 int 3 apto 201 **Teléfonos** 3186128233 7363505

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MERCEDES PUENTES GAMEZ	41609077	MADRE
JEISSON MAURICIO CRUZ MORALES	1144080861	HIJO(A)
CAMILA SANCHEZ MORALES	1014659438	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	$ 30.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	AHORROS	406070132575	Fusagasuga	$ 50.000,00

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
Banco Helm	Creditos	$ 15.000.000,00
Banco AV Villas	Tarjeta de credito	$ 15.000.000,00
Confirmeza	Credito	$ 7.000.000,00

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

Paola Morales

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá. Nov. 2017.

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica No. 22215 del 9 de diciembre de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

Paola Andrea Morales Puentes

C.C. No. 52.440.100 de Santafé de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de:

Enfermera

En testimonio de lo anterior se expide el presente diploma que nos lo acredita.

Rector

Secretario General

Decano

1983

Registro 9532
Libro 2 Folio 39
Fecha 15 Dic. 04

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA que en el libro de actas, se encuentra el Acta de Grado 238, que expresa: En Bogotá D.C., el 15 de diciembre de 2004 a las 16:00 horas, convocados por Resolución 063 del 7 del citado mes y año, se reunieron el Rector, doctor Pablo Oliveros Marmolejo, la Decana de la Facultad de Enfermería, doctora María Liliana Buenahora Tobar y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **PAOLA ANDREA MORALES PUENTES,** con cédula de ciudadanía Número **52440100** de **SANTAFE DE BOGOTA D.C.** quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 2, Folio 39, número 8538.

PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, Rector
MARÍA LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana Facultad de Enfermería
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Es copia tomada de su original, el 15 de diciembre de 2004.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

MARIA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

Universidad Santo Tomás

PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

ACTA DE GRADO 2186

En la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, el día 11 del mes de diciembre del año 2009, la Universidad Santo Tomás, con autorización del Ministerio de Educación Nacional, según Decreto Ejecutivo No. 1772 del 11 de julio de 1966, bajo la Rectoría General del Padre José Antonio Balaguera Cepeda, O.P., y como Secretario General el Doctor Héctor Fabio Jaramillo Santamaría, celebró sesión solemne y pública con el objeto de otorgar el título a los estudiantes aspirantes al Grado.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General de la Universidad, confirió el Título de

ESPECIALISTA EN AUDITORIA DE SALUD

Código SNIES 8050

a: PAOLA ANDREA MORALES PUENTES

52440100 de Santafé de Bogotá, D.C.

El graduando emitió el Juramento de rigor por el que se comprometió a ejercer la profesión con responsabilidad y honradez, de conformidad con la Constitución y las leyes de la República de Colombia, poner todo empeño en el desarrollo del País y de sus instituciones, brindar generoso apoyo a los programas de justicia social y dignificación de la persona humana y llevar siempre en alto el nombre y los principios de la Universidad Santo Tomás. Seguidamente el presidente de la ceremonia de graduación procedió a la entrega del Diploma que la acredita para el ejercicio de su profesión de conformidad con la legislación vigente.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos legales correspondientes.

Fdo. Héctor Fabio Jaramillo Santamaría (Hay un sello)

Es fiel copia tomada del original que se lleva en los archivos de la Secretaría General en la Sede Principal. Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., el día 11 del mes de diciembre del año 2009

El secretario General,

HÉCTOR FABIO JARAMILLO SANTAMARÍA

República de Colombia

La Universidad Santo Tomás

Resolución de Personería Jurídica N° 3645 de 1995

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional

Confiere **Diplomado** en

Preparación para la Acreditación de IPS

A

Paola Andrea Morales Puentes

C.C. 52.440.100 Stafé. de Bogotá

Quien participó y fue evaluado satisfactoriamente en el programa de la Facultad de Economía, con una intensidad de 100 horas.

En constancia se firma y sella en Bogotá, D.C.,
el día 1° de octubre de 2009.

El Decano de División (E)

El Decano de Facultad

El Secretario General

méderi
Hospitalidad y Ciencia

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Adelante en el tiempo

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA FACULTAD DE MEDICINA
Y EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorgan el presente

Certificado

A PAOLA ANDREA MORALES PUENTES

Por su asistencia y participación en el *SEMINARIO DE ACTUALIZACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD,* realizado entre el 13 y el 17 de julio de dos mil nueve (2009), con una intensidad de doce (12) horas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de julio de dos mil nueve (2009).

Leonardo Palacios Sánchez
Decano
Facultad de Medicina

Mario Losada Gutiérrez
Director
Educación Continuada

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Hace Constar

Que: *Paola Andrea Morales Puentes*

Asistió al SIMPOSIO INDICACIONES CLÍNICAS DE RADIOTERAPIA
los días 13 y 14 de septiembre de 2007, con una intensidad de 11 horas, en calidad de

ASISTENTE

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá, a los 14 días del mes de septiembre de 2007
La presente constancia no acredita, ni otorga titulo académico, ni profesional alguno.

DR. CARLOS VICENTE RADA ESCOBAR
DIRECTOR GENERAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E. S. E.

DR. ALEJANDRO GARRIDO SERRANO
SUBDIRECTOR GENERAL DE
ATENCIÓN MÉDICA Y DOCENCIA

DRA. ROSALBA OSPINO
COORDINADORA GRUPO DE RADIOTERAPIA

El Hospital

MARÍA ANGELINES E.S.E.

Con el apoyo de la

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE DIABETES

Certifica que **PAOLA ANDREA MORALES PUENTES**

Asistió al **CURSO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

Realizado en **Puerto Leguízamo, Putumayo, del 4 al 6 de noviembre de 2005**

Intensidad horaria: 16 horas

Alfonso Rodríguez Cagua	Nubia Bastidas Rodríguez	Iván Darío Escobar Duque
Gerente Hospital Maria Angelines	Coordinadora PAB Hospital Maria Angelines	Docente del Curso - ACD

República de Colombia

LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
Teniendo en cuenta que

Paola Andrea Morales Puentes

C.C. 52.440.100 de Stafé. de Bogotá

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Especialista en Auditoría de Salud

En constancia se firma y sella en Bogotá, D.C.
a los 11 días del mes de Diciembre de 2009

El Rector General
Malaguera O.P.

El Decano de Facultad

El Secretario General

Registro Interno No. 1912.2186.11-12-2009

Folio 48 Libro 14

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Área Andina

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Enfermera.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Paola Morales

No. de documento: 52440100.

Tarjeta profesional No: 12738

Dirección de contacto: Cll 12C # 71C-30 Int 3 Apto 201

Teléfono: 3186128233

Clínica BELEN

GESTION HUMANA

El Representante Legal
De la Sociedad Médico Quirúrgica Nuestra Señora de Belén de Fusagasugá Limitada

NIT: 800174851 - 1

Certifica

Número 670-2016

Que la Sra. **PAOLA ANDREA MORALES PUENTES**, identificada con cédula de ciudadanía número **52.440.100** de Bogotá, presto sus servicios como **JEFE DE ENFERMERIA** desde el 15 de Abril de 2016 hasta el 31 de Mayo de 2016, mediante contrato por Orden de Prestación de Servicios.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Fusagasugá a los veinticuatro (24) días del Mes de Octubre de 2016, de conformidad, con el interesado.

Cordialmente,

MIGUEL ANTONIO DUITRAGO NEIRA
Gerente General

Nuestra comunidad la principal razón del cambio

Hospital Universitario
Clínica San Rafael
BOGOTÁ

Carrera 8 N. 17-45 Sur | Bogotá | Colombia
Teléfonos: +57 1 328 7300
www.clinicasanrafael.com.co

DTH-291-16

EL DIRECTOR DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

CLINICA SAN RAFAEL

CERTIFICA QUE:

La señora **PAOLA ANDREA MORALES PUENTES**, identificada con la cedula de ciudadanía número 52440100, trabajó con el Hospital Universitario Clínica San Rafael desde el día 20 de mayo de 2013 y hasta el 30 de enero de 2016, en el cargo de **ENFERMERA AUDITORA**, devengando un sueldo básico de Dos Millones Ciento Cincuenta y Ocho Mil Pesos Mcte ($2.158.000)

El motivo de retiro fue: renuncia.

La presente se expide el ocho (08) días del mes de febrero de 2016.

SERGIO IVAN MEJIA LEMA
Director de Talento Humano
Hospital Universitario Clínica San Rafael

CUIDADOS PROFESIONALES

CERTIFICACIÓN DE TRABAJO ASOCIADO

Que la Sra. MORALES PUENTES PAOLA ANDREA Identificada con cedula, No 52.440.100 de Bogota fue trabajadora asociado de **CUIDADOS PROFESIONALES** desde el 16 de Septiembre del 2007 al 12 de Noviembre del 2010 desempeñando la labor como **ENFERMERA PROFESIONAL** en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR Y BARRIOS UNIDOS.**
Realizando las labores durante 2 anos de enfermera profesional asistencial en los diferentes Servicios del **HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR** y en la Coordinación de Enfermería durante 1 ano en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO BARRIOS UNIDOS,** donde culmino el día 10 de Noviembre del 2010 la visita de la Secretaria de Salud para el proceso de habilitación, realización de auditorias en concurrencia con auditoria interna, contestación de requerimientos de auditoria interna y externa, contestación de glosas de cuentas medicas, realización de listas de chequeo de los diferentes protocolos de enfermería institucionales.

Se expide en la ciudad de Bogota a solicitud del interesado a los (22) días del mes de Noviembre del 2010.

Cordialmente,

LUZ ESTELA BERNATE R
Gestor de Recursos Humanos
CUIDADOS PROFESIONALES
HOSPITAL UNIVERSITARIO BARRIOS UNIDOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.440.100

MORALES PUENTES

APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1978

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

20-AGO-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00178875-F-0052440100-20090917 0016178784A 1 1150103003

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14441648287

(415)7707212489984(8020) 000001441648287

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 4 4 0 1 0 0	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 4 4 0 1 0 0	1 9 9 6 0 8 2 0

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORALES	PUENTES	PAOLA	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 12 C 71 C 30 IN 3 AP 201

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
panmopu08@gmail.com		7 3 6 3 5 0 5	3 1 8 6 1 2 8 2 3 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 4 1 2 0 6	8 2 9 9	2 0 1 7 1 2 0 6				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	5	1	2																							

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒ 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 1 2 0 6

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 MORALES PUENTES PAOLA ANDREA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 06-12-2017 01:23:00PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52440100-5 PAOLA ANDREA MORALES PUENTES

Información General

Dirección CL 12C 71C 30 IN 3 AP 201

Teléfonos 3186128233

Dirección electrónica PANMOPU08@GMAIL.COM

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/06/2011

Soporte Inscripción 13593153

Fecha Inicio Actividades 01/06/2011

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 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: 17002476641

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

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



REGISTRADO
NOMBRE PAOLA ANDREA MORALES PUENTES
C.C. 52.440.100 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA
RUN No. 12738
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 18/ABR/2006
FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 18/ABR/2016



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

PAOLA ANDREA
MORALES PUENTES

C.C. 52440100

ENFERMERO(A)

Expedicion 07/05/2015

No. 12828

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC

RESOLUCION No 12738 de ABRIL 18 DE 2006
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

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

CONSIDERANDO

A) Que, PAOLA ANDREA MORALES PUENTES Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 52.440.100, expedida en BOGOTA, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Único Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (El) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, expedido el 15 del mes DICIEMBRE de 2004 y registrado a folio No 39 del libro 2 de Diplomas de la Universidad, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMDIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el artículo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 235 del 18 de ABRIL de 2.006.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a PAOLA ANDREA MORALES PUENTES, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 12738, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

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

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 18 días del mes de ABRIL de 2006 en Bogotá, D.C.

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL PUTUMAYO

RESOLUCION No 86- 0497 -2006
(21 MAR 2006)

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD
en cumplimiento del Decreto 1875 de agosto 3 de 1994 y,

CONSIDERANDO

Que PAOLA ANDREA MORALES PUENTES, identificada con cédula de ciudadanía número 52.440.100 Expedida en Bogota D.C, ha solicitado el registro de su TITULO de **ENFERMERA** que le otorgó LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, de la Ciudad de Bogota D.C, el dia 15 de Diciembre de 2.004.

QUE CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 3041 DEL HOSPITAL NAVAL ARC LEGUIZAMO DE LA ARMADA NACIONAL, MUNICIPIO DE PUERTO LEGUIZAMO DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO, DURANTE EL TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE EL 06 DE SEPTIEMBRE DE 2005 HASTA EL 05 DE MARZO 2.006.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a PAOLA ANDREA MORALES PUENTES, para ejercer la profesión de ENFERMERA, en todo el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Mocoa, a 21 MAR 2006

DARCED MARINO RINCON POSADA
Director

Rlaboro/R.H.D.

Oxigenos y Remisiones - ... | Oxigenos y Remisiones - ... | ReTHUS

...pro.gov.co/THS_Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHXIdentificacion.aspx

...cion / Cama Ase... | Transfiriendo > Inicio

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52440100

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 52440100, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

ES

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **PAOLA ANDREA MORALES PUENTES** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.440.100, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintidós (22) días del mes de marzo del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	[illegible] 0431045	
	2ª Dosis	25 octubre 2012 - 0425076	
	3ª Dosis	25 noviembre 2012 0479232	
	Refuerzo	25 SEP 2013 0532891	

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	05-NOV-2013	Marisol Diaz
	2ª Dosis	10-12-2013	
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacárida	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

Salud Ocupacional
CLINISUR IPS 1 Ltda.
Régimen COMUN
Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

900148264

00001506

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EMPRESA: PARTICULAR FECHA 01/04/2017 10:36:38

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: PAOLA ANDREA MORALES PUENTES C.C 52440100

EDAD 38 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR ENFERMERA JEFE

EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometría	☐	Cuales	
Espirometría	☐	Radiografías	

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

APTO PARA EL CARGO ☑ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

HIGIENE POSTURAL- USO EPP

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Paola Morales

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ANGELES DE LA SALUD
NIT 79719243-8

CERTIFICA QUE:

PAOLA ANDREA MORALES PUENTES

C.C. 52`440.100

Ha completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de formación en SOPORTE VITAL BASICO (BLS) con una intensidad horaria de (40) cuarenta horas, basada en los Requerimientos del decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTA DC DEL 25 AL 26 DE MARZO DEL 2017

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 79.719.243-8 COORDINADOR INSTRUCTOR

NELSON F. CASTILLO
INSTRUCTOR

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 79.719.243-8 DIRECCIÓN

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 89A BIS NUMERO 22 A 39 BARRIO CAPELLANIA
CEL Y WHATSAPP: 3194894626
CORREO ELECTRONICO: [illegible]
TWITTER: [illegible]
DIRECCION WEB: [illegible]
VIGENCIA MARZO 2019

ACADEMIA

ANGELES DE LA SALUD

2017

79719243-8

A QUIEN INTERESE:

El suscrito gerente de **ACADEMIA ANGELES DE LA SALUD** certifica que el señor(a) **PAOLA ANDREA MORALES PUENTES** con documento de identidad No **52`440.100,** cursó y aprobó satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de formación en **SOPORTE VITAL BASICO (BLS)**con intensidad de **40** horas.

Se expide a solicitud del interesado a los **26** días del mes de **MARZO** de 2017.

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD
NIT. 79.719.243-8
DIRECCION

NELSON EDUARDO CASTILLO B
C.c. No. 79´719.243 de Bogotá
DIRECTOR

DIRECCION CARRERA 89 ABIS NUMERO 22 A 39 BARRIO CAPELLANIA
WHATSAPP: 3194894626
CORREO ELECTRONICO: angeles.salud@hotmail.com
DIRECCION WEB:WWW.ANGELESDELASALUDCAP.BLOGSPOT.COM
VIGENCIA MARZO 2019

ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ANGELES DE LA SALUD
NIT 79719243-8

CERTIFICA QUE:

PAOLA ANDREA MORALES PUENTES

C.C. 52`440.100

Ha completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) en SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS) con una intensidad horaria de (48) cuarenta y ocho horas, basada en los Requerimientos del decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTA DC DEL 25 AL 26 DE MARZO DEL 2017

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 79.719.243-8 COORDINADOR INSTRUCTOR

NELSON F. CASTILLO
INSTRUCTOR

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 79.719.243-8 DIRECCIÓN

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

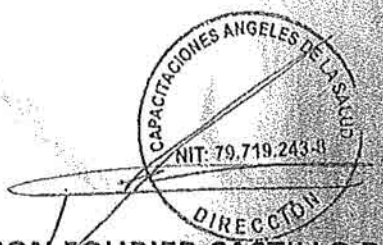
DIRECCION CARRERA 89A BIS NUMERO 22 A 39 BARRIO CAPELLANIA
CEL Y WHATSAPP: 3194894626
CORREO ELECTRONICO: [illegible]
TWITTER: [illegible]
DIRECCION WEB: [illegible]
VIGENCIA MARZO 2019

ACADEMIA
ANGELES DE LA SALUD
2017
79719243-8

A QUIEN INTERESE:

El suscrito gerente de**ACADEMIA ANGELES DE LA SALUD** certifica que el señor**(a) PAOLA ANDREA MORALES PUENTES** con documento identidad No **52`440.100,** cursó y aprobó satisfactoriamente el curso(s)-taller(es) de formación en **SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)** con una intensidad horaria de **48** horas.

Se expide a solicitud del interesado a los **26** días del mes de **MARZO** de 2016.



NELSON FOURIER CASTILLO B
C.c. No. 79´719.243 de Bogotá
DIRECTOR

DIRECCION CARRERA 89 ABIS NUMERO 22 A 39 BARRIO CAPELLANIA
WHATSAPP: 3194894626
CORREO ELECTRONICO: av.gdelasalud@hotmail.com
DIRECCION WEB:WWW.ANGELESDELASALUDCAP.BLOGSPOT.COM
VIGENCIA MARZO 2019

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-01
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	01-12-17	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido 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 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		
Morales	Puentes	Paola	Andrea		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒	CE ☐	RC ☐	NUIP ☐	52.440.100	Bogotá	20-08-1998
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
01-08-1978	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	2	2	3186129[illegible]

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cll 12C #71C-30 int 3 AP 201	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	7363505

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Pamopuo89@mail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☐	CE ☐	RC ☐	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 ☐			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	8692	
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐ # NIT: 900939051-7

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 34 # 5-43	3444484	Bogota	Cund	Colombia
CARGO ACTUAL	Enfermera		**FECHA VINCULACION**	1/04/2017

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	2900.000	GASTOS FAMILIARES	3800.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	2800.000	ARRIENDOS	1'000.000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
RENTAS		CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
OTROS INGRESOS*	0	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
TOTAL INGRESOS	5700.000	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
		TOTAL EGRESOS	4800.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cardenas.		Henry.	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 7 #10-30 int 14 AP 201	Bogotá.	Cuñado	3103056057.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda.	Ahorros.	406070132575	Fusagasuga	

DESEA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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 **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 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción"

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

Enfermera

Que los bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
Que no permitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
Que declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
Que informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
En caso de que 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 vinculen con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia d 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 certificado + 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 e declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

Pedro Morales.

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:		

Certificación Semanas de Cotización

La Señora PAOLA ANDREA MORALES PUENTES , identificada con Cédula Ciudadanía 52.440.100, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	PAOLA ANDREA MORALES PUENTES		
Número de identificación:	52440100	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Fecha de retiro:		Semanas Cotizadas cotizante:	562
Dirección actual de residencia:	CALLE 12C N 71C-30 INT 3 APTO 201	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	7363505	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC
Nombre de Régimen:	CONTRIBUTIVO		

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
52440100	PAOLA ANDREA MORALES PUENTES	01/08/2017	
860015888	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	22/09/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de afiliado	Identificaicón	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Semanas
BENEFICIARIO	1014659438	TI	CAMILA SANCHEZ MORALES	01/08/2017	VIGENTES		604

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 15 días del mes de Noviembre de 2017, a solicitud del interesado.

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

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones

Elaboro:

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

RADICADO 123456

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **PAOLA ANDREA MORALES PUENTES** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52440100,** se encuentra afiliado (a) desde **02/10/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	3	PORVENIR S.A.	29/09/2000	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/05/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de noviembre de 2017.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52.440.100	Positiva.
Numero de Documento	ARL

Paola	Andrea	Morales	Puentes
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

01.08.1978	Bogotá	Cll 12 C # 71 C-30 int 3 Apt 201	7363505
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Medimas	Colpensiones.	$ 2.800.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera	01. 04. 2017
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Panmopuos@gmail.com	3186128233
Correo Electrónico	Celular

Paola Morales	
Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 101887422

WEB
22:00:08

Bogotá DC, 18 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) PAOLA ANDREA MORALES PUENTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52440100:

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 sábado 18 de noviembre de 2017, a las 21:45:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.440.100
Código de Verificación	738919112017

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

JMHC

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1899643

Bogotá D.C., 18 de Noviembre de 2017 - 22:01 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) **PAOLA ANDREA MORALES PUENTES,** quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL CIEN** de BOGOTA

52440100

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_C8Z2N_0122
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 18/11/2017 a las 21:55:08 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52440100 y Nombres: MORALES PUENTES PAOLA ANDREA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 400
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

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

Todos los derechos reservados 2011.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/11/22
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora PAOLA ANDREA MORALES PUENTES
con Cédula de Ciudadanía número 52440100
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	406070132575
Fecha Apertura	2016/04/12

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA