FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BARRERO	FARFAN	MARIA FERNANDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1032372444

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES AGO AÑO 1986

PAÍS Colombia

DEPTO Santander

CIUDAD Bucaramanga

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 14 # 151-60 CONJUNTO CEDROS REAL APTO 506

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7046611

EMAIL marifer_barrero@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 BASICA											*TITULO* BACHILLERATO ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2002
										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	3	X		ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	4	2018	81596/2011

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X				X		X	

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 INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
MEDERI		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atenciondelusuario@mederi.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5600520	DIA 1 MES 1 AÑO 2014	DIA 15 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO HOSPITALARIO	MEDICINA INTERNA	Calle 24 # 29-45

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ISMOCOL DE COLOMBIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Santander	Bucaramanga	ismocoldecolombia@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6573377	DIA 18 MES 6 AÑO 2012	DIA 28 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO OCUPACIONAL	HSE	Carrera 28 N° 55 - 69 BUCARAMANGA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL DEL SARARE E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Arauca	Saravena	correspondencia@hospitaldelsarare.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8891385	DIA 10 MES 7 AÑO 2011	DIA 15 MES 4 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL Y DEL SEGURO	MEDICINA GENERAL Y SEGURO SOCIAL	Cra. 20 #2837, Saravena, Arauca

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	9
PRIVADO	2	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

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 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

MARIA F. BARRERO F

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

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total d
324977	PS 5180 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	19/07/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3 días para terminar *(15/12/2018 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN	8
278712	PS 3985 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	15/05/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	14/06/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN	1

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1032372444 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección carrera 14 # 151-60 CONJUNTO CEDROS REAL APTO **Teléfonos** 3183937238 7046611

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALBERTO BARRERO	17168054	PADRE
ELBA ESPERANZA FARFAN CASTILLO	41672264	MADRE
MONICA JUDITH BARRERO FARFAN	1010189182	HERMANO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ⊗ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 5.054.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 657.000,00
TOTAL	$ 5.711.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	20735877450	CONTADOR	$ 4.621.000,00

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
CREDITO EDUCATIVO IDEAR	ESTUDIO POSTGRADO	$ 45.547.000,00

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

CREDITO SOMEC	CREDITO POSTGRADO	$ 9.600.000,00
CREDITO ICETEX	crédito No. 0121406015-5	$ 37.558.000,00

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** ○ **NO** ⊗ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

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

MARIA E. BARRERO C.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 11-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Hospital *Universitario Mayor - Hospital Universitario Clínica San Rafael*

Por cuanto *María Fernanda Barrero Farfán* C.C. Nº *1032372444*
ha cumplido con todos los requisitos exigidos por este Colegio Mayor, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, le confiere el título de

Especialista en *Ginecología y Obstetricia*

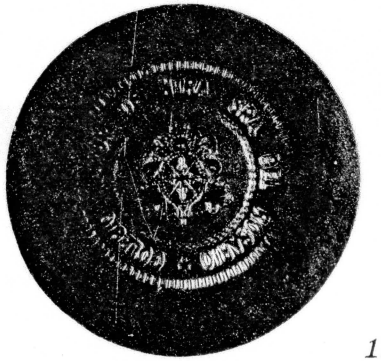
Registrado bajo el Nº *56565* Folio *329* Libro *41* y refrendado por la Secretaria General en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los *dieciocho* (*18*) días del mes de *abril* de dos mil *dieciocho* (2018)

El Rector

La Vicerrectora

El Decano

La Secretaria General



02025 Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895 17772

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

EL RECTOR Y CLAUSTRO DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
A TODOS LOS QUE VIEREN ESTAS LETRAS, SALUD EN EL SEÑOR

POR EL TENOR DE LAS PRESENTES OS HACEMOS SABER QUE María Fernanda Barrero Farfán IDENTIFICADA CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1.032.372.144 DE Bogotá UNA DE NUESTRAS alumnas DESPUÉS DE GRADUARSE BACHILLER, HA OÍDO CON LAUDABLE PUNTUALIDAD Y APLICACIÓN LAS LECCIONES DE NUESTRA FACULTAD DE Medicina EN TODA LA EXTENSIÓN QUE PIDEN NUESTRAS TRADICIONES Y REGLAMENTOS, HABIENDO DADO MUESTRAS PLENAMENTE SATISFACTORIAS DE SU APROVECHAMIENTO EN TODOS LOS ESTUDIOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS, POR LO CUAL, EN VIRTUD DE NUESTRAS VENERANDAS CONSTITUCIONES, LAS LEYES 89 DE 1892, 39 DE 1903, 30 DE 1992 Y EL ARTÍCULO 69 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA, CONFERIMOS EN NOMBRE Y POR AUTORIDAD DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, A LA PRECITADA alumna EL CARÁCTER Y TÍTULO DE Médica y Cirujana CON TODOS LOS DERECHOS, HONORES Y PREEMINENCIAS PROPIOS DE LOS MAESTROS DE ESTE NUESTRO CLAUSTRO. Y PARA QUE CONSTE LE EXPEDIMOS LAS PRESENTES LETRAS, FIRMADAS POR EL RECTOR, EL VICERRECTOR, EL DECANO, SELLADAS CON EL SELLO MAYOR DEL COLEGIO Y REGISTRADAS EN EL Nº 29571, LIBRO 26, FOLIO 40 Y REFRENDADAS POR EL SECRETARIO EN EL AULA MÁXIMA DE ESTE COLEGIO MAYOR, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS veintiún DÍAS DEL MES DE junio DEL AÑO DEL SEÑOR DE dos mil diez (2010)

EL RECTOR

EL DECANO DE LA FACULTAD

EL VICERRECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

Notaría Primera del Círculo de Bogotá
Hace CONSTAR que esta copia Fotostática
Coincide exactamente con el documento original que
tuve a la vista.
Bogotá, 21 JUN 2010
El Notario Primero,

REPUBLICA DE COLOMBIA
HERMANN PIESCHACON FONSECA
NOTARIO
NOTARIA PRIMERA

El suscrito: OBLANDO CASTELLANOS POVEDA
Notario Único del Círculo de Arauca, hace constar
que la presente copia o (fotocopia) concuerda fielmente con copia auténtica que tuvo a la vista. (Art. 38 D-R 2148/83)
Dado en Arauca: 01 SEP 2010
Notario:

REAL CÉDULA DEL 21 DE DICIEMBRE DE 1651 - RESOLUCIÓN 58 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1895

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO - 1653

Personería Jurídica Res. 58 de 16 de Septiembre de 1895, expedida por el Ministerio de Gobierno

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de **MEDICINA**

Acta individual de Grado No. 20009

En la ciudad de Bogotá D.C., el día veintiuno (21) de Junio de dos mil diez (2010) siendo las 12:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título profesional de:

MÉDICO Y CIRUJANO

a

MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN

Identificada con Cédula de Ciudadanía. No. 1032372444, quién cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 396, registrado bajo el No. 29571 del libro No. 26 folio 40.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado firmada por:

HANS PETER KNUDSEN	EL RECTOR
LEONARDO PALACIOS SANCHEZ	DECANO
MARTHA JANNETH NEGRETE MARTINEZ	

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los veintiuno (21) días del mes de Junio de dos mil diez (2010).

El Notario Primero del Circulo de Bogotá
Hace CONSTAR que esta copia Fotostática
Coincide exactamente con el original que
reposa en la misma.
En Bogotá, 21 JUN 2010
El Notario Primero,

REPUBLICA DE COLOMBIA
HERMANN PACHON FONRODONA
NOTARIO
NOTARIA PRIMERA DE BOGOTA

MARTHA JANNETH NEGRETE MARTÍNEZ
Secretario Académico

LUIS ENRIQUE NIETO ARANGO
Secretario General

El suscrito: ORLANDO CASTELLANOS POVEDA
Notario Único del Circulo de Arauca, hace constar
que la presente copia o (fotocopia) corresponde
exactamente con copia autenticada que tuve a la
vista. (Art. 36 D-R 2148/83)

Dado en Arauca: 01 SEP 2010

El Notario:

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653
Personería Jurídica Res. 58 del 16 de Septiembre de 1895, expedida por el Ministerio de Gobierno

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Programa de ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Acta individual de Grado No. 21062 - 56565

En la ciudad de Bogotá D.C., el día dieciocho (18) de abril de dos mil dieciocho (2018) siendo las 11:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

a

MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN

Identificada con Cédula de Ciudadanía. No. 1032372444, quien cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 17772, registrado bajo el No. 56565 del libro No. 41 folio 329.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado No. 21062 firmada por:

ANA ISABEL GÓMEZ CÓRDOBA	VICEDECANA
SANDRA PATRICIA SANTOYO PRADA	SECRETARIA ACADÉMICA

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los dieciocho (18) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018).

CATALINA LLERAS FIGUEROA
SECRETARIA GENERAL

La Fundación Universitaria Sanitas

Certifica que

MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN

D.I. 1032372444

Participó en el:

16 Curso Internacional de Medicina Fetal

Genética en Diagnóstico y Terapia Fetal – Medicina Regenerativa Endotelial

Celebrado en la ciudad de Bogotá / Colombia, los días 07 al 11 de noviembre de 2018,
con una intensidad de treinta y dos (32) horas académicas certificadas

Mauricio Herrera Méndez
Director Académico del Curso

David Vergara Durán
Director Unidad de Vinculación con
el Sector Externo

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

Institución Universitaria con Personería Jurídica 2105 del 29 Marzo de 1974 del Ministerio de Educación Nacional

Centro de Educación Permanente y Continuada

Certifica que

María Fernanda Barrero Farfán

C.C. 1.032.372.444

Cursó el diplomado en:

Ultrasonido Obstétrico

Ofrecido por esta Institución en convenio con

Obstetricia & Ginecología Ltda.

del 26 de mayo al 6 de septiembre de 2018 con una intensidad de 150 horas.

Rector

Coordinador Académico

Director Centro de Educación Permanente y Continuada

ENF 1897

Bogotá D.C

Señores:

Colegio Mayor Universidad El Rosario.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, María Fernanda Barrero Farfán 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:

Especialista en Ginecología y obstetricia

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma MARIA F BARRERO F.

No. de documento: 1032372444.

Tarjeta profesional No: 81596/2011

Dirección de contacto: Cr 14 # 151-60 Torre 2 Apto 506.

Teléfono: 7046611 - 3183937238

méderi

LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD

NIT 900210981-6

CERTIFICA:

Que la señora **MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN**, identificada con Cédula de Ciudadanía Nro. **1032372444**, está vinculada a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** desde el **1 de Enero de 2014**, con un contrato a término Fijo, ocupando el cargo de **MEDICO GENERAL**, con una asignación mensual $ 2.828.000 Moneda Legal.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 24 de Junio de 2014.

JULIAN GIRALDO ZULUAGA
Gestor de Talento Humano
Corporacion Hospitalaria Juan Ciudad

Para Confirmar información favor llamar a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad. Talento Humano. Calle 24 No 29-45 Tel: 5600520 ext. 4934

Ceidy O.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.372.444**

BARRERO FARFAN

APELLIDOS

MARIA FERNANDA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1986**

BUCARAMANGA

(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-OCT-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500113-45134312-F-1032372444-20050302 **02546**05060N 02 179132951

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1032372444-1 MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN

Información

Dirección CR 13 23 32

Teléfonos 8821274/3183937238

Dirección marifer_barrero@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 21/02/2018

Soporte Inscripción 23416273

Fecha Inicio Actividades 29/07/2010

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8610-ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14460321352

(415)7707212489984(8020) 000001446032135 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 3 7 2 4 4 4	1	Impuestos y Aduanas de Arauca 3 4	

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	1 0 3 2 3 7 2 4 4 4	2 0 0 4 1 0 2 1

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
BARRERO	FARFAN	MARIA	FERNANDA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Saravena 7 3 6

41. Dirección principal: CR 13 23 32 BRR ALFONSO LOPEZ

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
marifer_barrero@hotmail.com		8 8 2 1 2 7 4	

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 1 0	2 0 1 0 0 7 2 9						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código:	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	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 [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2 0 1 8 0 2 2 0

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: BARRERO FARFAN MARIA FERNANDA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

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	15 DIC 2009	CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN UNICENTRO 25553
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo	07 ENE 2011	CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN UNICENTRO
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	15 DIC 2009	CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN UNICENTRO AH-NS-13AE
	2ª Dosis	07 ENE 2011	CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN UNICENTRO
	3ª Dosis	13 JUL 2011	CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN UNICENTRO 043029
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

ESQUEMA ANTIRRABICO

	Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
PRE-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	7		
	3ª	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis		
		2ª Dosis		
		3ª Dosis		
	Gamaglobulina			
	Suero Antiofídico			
	Suero Antirrábico			
Anotaciones Especiales				

VIGILADO Supersalud

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.AM.U.
Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

20674

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE María Fernanda Barrera

FECHA DE NACIMIENTO 09 Agos 86 SEXO F

TELEFONO 7 04 66 11.

cc. 1032372444.

Sv004

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.
81 596/2011

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

BARRERO FARFAN MARIA FERNANDA

C.C. o C.E.
CC 1032372444

De
BOGOTÁ, D.C.

Institución de Educación
NTRA.S.ROSARIO

Ciudad
BOGOTÁ, D.C.

Código
70740/11

Fecha de Expedición
15/11/2011

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

	Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca **NIT 900.034.608 – 9** **SUB DIRECCION DE HABILITACION VIGILANCIA Y CONTROL**	CÓDIGO:00
	RESOLUCION Nº 81-596	VERSION: 01 Página 1 de 1

POR MEDIO DE LA CUAL SE INSCRIBE UN CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL Y SE AUTORIZA EL EJERCICIO LABORAL.

EL AGENTE INTERVENTOR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA

En uso de las facultades legales, reglamentarias y las conferidas por la Resolución Nº 001829 del 16 de Nov. De 2010 y 241 del 27 de mayo 2011.

CONSIDERANDO

Que mediante Acta de Grado No 20009 del 21 de Junio del 2010 , **LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO** , por razón del diploma Registrado en el Folio 40 del Libro 26, otorgo el titulo de **MEDICA Y CIRUJANA** , al señor (a) **MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN** , identificado (a) con cedula de ciudadanía número **1.032.372.444 DE BOGOTA .**

Que el señor (a) **MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN,** identificado (a) con cedula de ciudadanía número **1.032.372.444 DE BOGOTA,** prestó el servicio social obligatorio como **MEDICA Y CIRUJANA** en el Hospital del Sarare de ESE Saravena -Arauca, por el periodo comprendido desde el veintiuno (21) de Julio de 2010 al veinte (20) de Julio de 2011.

Que por lo anterior,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Inscríbase el título de **MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN,** identificado (a) con cedula de ciudadanía número **1.032.372.444 DE BOGOTA.** Y autorícese para que ejerza la profesión de **MEDICA Y CIRUJANA**, en todo el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el titulo, la persona deberá inscribir su nombre en la secretaria de salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer control y vigilancia que corresponde.

ARTÍCULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

Dado en Arauca, a los Siete (07) días del mes de Septiembre de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

HUGO RAMON VASQUEZ NIÑO
Agente Interventor

Aprobó: Dra Claudia Ximena Bastidas Fuertes
Subdirectora HVC

VoBo. Oficina Jurídica

Digito: Esther Molina Tec Profesional Prestadores.

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

EL RECTOR Y CLAUSTRO DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
A TODOS LOS QUE VIEREN ESTAS LETRAS, SALUD EN EL SEÑOR

POR EL TENOR DE LAS PRESENTES OS HACEMOS SABER QUE María Fernanda Barrero Farfán IDENTIFICADA CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1.032.372.144 DE Bogotá UNA DE NUESTRAS alumnas DESPUÉS DE GRADUARSE BACHILLER, HA OÍDO CON LAUDABLE PUNTUALIDAD Y APLICACIÓN LAS LECCIONES DE NUESTRA FACULTAD DE Medicina EN TODA LA EXTENSIÓN QUE PIDEN NUESTRAS TRADICIONES Y REGLAMENTOS, HABIENDO DADO MUESTRAS PLENAMENTE SATISFACTORIAS DE SU APROVECHAMIENTO EN TODOS LOS ESTUDIOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS, POR LO CUAL, EN VIRTUD DE NUESTRAS VENERANDAS CONSTITUCIONES, LAS LEYES 89 DE 1892, 39 DE 1903, 30 DE 1992 Y EL ARTÍCULO 69 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA, CONFERIMOS EN NOMBRE Y POR AUTORIDAD DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, A LA PRECITADA alumna EL CARÁCTER Y TÍTULO DE Médica y Cirujana CON TODOS LOS DERECHOS, HONORES Y PREEMINENCIAS PROPIOS DE LOS MAESTROS DE ESTE NUESTRO CLAUSTRO. Y PARA QUE CONSTE LE EXPEDIMOS LAS PRESENTES LETRAS, FIRMADAS POR EL RECTOR, EL VICERRECTOR, EL DECANO, SELLADAS CON EL SELLO MAYOR DEL COLEGIO Y REGISTRADAS EN EL Nº 29571 , LIBRO 26 , FOLIO 40 Y REFRENDADAS POR EL SECRETARIO EN EL AULA MÁXIMA DE ESTE COLEGIO MAYOR, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS veintiún DÍAS DEL MES DE junio DEL AÑO DEL SEÑOR DE dos mil diez (2010)

EL RECTOR

EL DECANO DE LA FACULTAD

EL VICERRECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

Notaría Primera del Círculo de Bogotá
Hace CONSTAR que esta copia Fotostática
Coincide exactamente con el original que
tuve a la vista.
Bogotá, 21 JUN 2010
El Notario Primero,

REPUBLICA DE COLOMBIA
HERMANN PIESCHACON FONSECA
NOTARIO
NOTARIA PRIMERA

El suscrito: ORLANDO CASTELLANOS POVEDA
Notario Único del Círculo de Arauca, hace constar
que la presente copia o (fotocopia) coincide
exactamente con copia auténtica que tuvo a
la vista. (Art. 38 D-R 2148/83)
Dado en Arauca: 01 SEP 2011
El Notario:

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1032372444

Primer Nombre *

MARIA

Primer Apellido *

BARRERO

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-11→5:40:41 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1032372444	MARIA	FERNANDA	BARRERO	FARFAN	Ver

Información Detallada [CC: 1032372444] MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN

2018-12-11→5:40:41 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	2011/9/07	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

C-1959

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.032.372.444 de Bogotá y T.P. o R.M. No. 81-596/2011 del(a) Ministerio de la Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los veinticuatro (24) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

F. Henao P.

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ M.D.
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 6279983-6279975 Fax 6279587 Bogotá D. C.
E-Mail trnetmed@outlook.com

ESQUEMA ANTIRRABICO

Nº DOSIS		Nº DIA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
PRE-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	7		
	3ª	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis		
		2ª Dosis		
		3ª Dosis		
	Gamaglobulina			
	Suero Antiofidico			
	Suero Antirrábico			
Anotaciones Especiales				

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.
Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

20674

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE María Fernanda Ibarra

FECHA DE NACIMIENTO 09 Agos 86 SEXO F

TELEFONO 7 0466 11

cc. 1032372444

Sv004

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	15 DIC 2009	CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN UNICENTRO D5653
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo	07 ENE 2010	CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN UNICENTRO
ANTI HEMOPHILUS INFLUENZAE HEPATITIS "B"	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	1ª Dosis	15 DIC 2009	CRUZ ROJA COLOMBIANA AHBVB718AE
	2ª Dosis	07 ENE 2010	
	3ª Dosis	13 JUL 2010	0931029
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	13 JUL 2012	H3011-1
	2ª Dosis	30 AGO 2012	H3291-1
	Refuerzo	14 ENE 2013	H-31-13
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacarido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN CENTRO UNICENTRO

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN
CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION
AGAINST YELLOW FEVER

SPCOL
No. 211405

Certifico que:
This certify that MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN

Sexo:
Sex FEMENINO

Cuya firma aparece enseguida
Whose signature follows

Fecha de Nacimiento
Date of birth AGOS 9-86

Ha sido en la fecha indicada, vacunado (a) o revacunado (a) contra fiebre amarilla.
Has been vaccinated or revaccinated againts yellow fever on the date indicate.

Fecha Date	Firma, profesión y dirección del vacunador Signature, Professional status and address of vaccinator	Fabricante y No. de lote Manufacturer and batch number of vaccine	Sello oficial del Centro de vacunación Official stamp of vaccination Center
16 JULIO 2.012	Dr. Jairo Finzon Gilluroma Médico Cirujano RG 37[illegible] MINSALUD LICENCIA SALUD OCUPACIONAL RESOLUCIÓN 0817 DE 22 JUNIO 2006	SANOFI PASTEUR LOTE:G5013-2 MANUF:14-JUN-11 EXP:12-2.013	PRO DIAGNOSTICO

Centro de vacunación:
Vaccination Center PRO - DIGANOSTICO

Dirección:
Adress PLAZAMAYOR E-1-105

Ciudad:
City B/manga

Estado o País:
State COLOMBIA

ESTE CERTIFICADO ES VALIDO solamente si la vacuna utilizada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y el centro de vacunación ha sido habilitado por la administración sanitaria del territorio, en el cual el Centro esté situado. La validez de este certificado se extenderá por un período de 10 años, empezando 10 días después de la fecha de vacunación o, en caso de una revacunación en el curso de este periodo de 10 años, desde la fecha de revacunación.

Toda corrección o enmendadura sobre este certificado o la omisión de cualquiera de una de las menciones, puede afectar su validez.

THIS CERTIFICATE IS VALID Only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccination center has been designated by the thealth administration for the country in which that is situated.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete aby part of it, may render it invalid.

UT-HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DEL CUNDINAMARCA
Contratista Concesionario
LABORATORIO CLINICO

Fecha de ingreso : 09/05/2012 08:51
Fecha de impresión: 12/05/2012 13:18

No. de Orden : 50900189
Paciente : BARRERO FARFAN MARIA FERNANDA
Documento Id : 1032372999
Servicio : COOPSIN

Edad : 20 Años
Medico
Cama

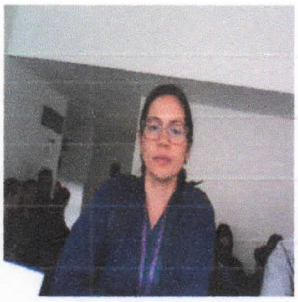
Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
INFECCIOSAS			
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	854.8	UI/ml	-

V. DE REFERENCIA
ALORES SUPERIORES A 10.0 SE CONSIDERAN REACTIVOS
TECNICA ELFA
Método : ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Responsable: -JENNY ALEXANDRA BRAVO DUARTE

ES UNA COPIA DEL INFORME:

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN
Tipo de Documento:	CC **Documento** 1032372444
Sexo F **F. Nacimiento:**	09/08/1986 **Edad:** 31 Años
Entidad:	PARTICULAR/NORTE
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	GINECOBSTETRA
Fecha de Atencion:	2018-02-24
Fecha y Hora entrega resultados:	24/02/2018 9.28 AM

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

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

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

VALORACION OPTOMETRICA. ANUAL - USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE

OTRAS: CONTROL MÉDICO PERIÓDICO+ HIGIENE POSTURAL

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL

PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): DIANA CAROLINA RIPOLL RAMOS RM: 1

Diana C. Ripoll Ramos
MEDICO UNISINO - UDEA
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 19256 - Fca. C.O. 1811

Diana C Ripoll Ramos

Firma y sello del Médico Evaluador

Maria Barrero

MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN
1032372444
C.C
Firma del trabajador Evaluado

República de Colombia

Departamento de Antioquia

POLITECNICO MAYOR

Agencia Cristiana de Servicio y Educación

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

HACE CONSTAR QUE:

MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN

Identificado(a) con documento de identidad C.C. 1032372444

Cursó y Aprobó el

DIPLOMADO EN MANEJO A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas. Registrado en el Libro de Actas Nº. 005

Medellín, 11 de marzo de 2018.

MAYKEL BARRAGÁN AMAYA
Rector

YAMILE GÓMEZ PÉREZ
secretaria

Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a http://virtual.politecnicomayor.edu.co, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: LX73AE

SALAMANDRA®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

Certifica que

Maria Fernanda Barrero

ASISTIÓ A LA BRIGADA

Abordaje Inicial en Reanimación

Este programa acredita 8 horas de Educación Continua en los componentes de

REANIMACIÓN BÁSICA

Para constancia de lo anterior se firma en Puerto Gaitán, a los Cinco (05) días del mes de Abril de 2013.

Dr. Laureano Quintero
Director Científico



LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

Institución de carácter privado, con Personería Jurídica No. 2105 del 29 de Marzo de 1974, expedida por el Ministerio de Educación Nacional, certifica mediante

EL CENTRO DE EDUCACIÓN PERMANENTE Y CONTINUADA

QUE

MARÍA FERNANDA BARRERO FARFAN, identificada con cédula de ciudadanía N°1.032.372.444 participó en el curso BLS – ACLS (Basic Life Support – Advanced Cardiac Life Support).

El citado curso fue ofrecido por esta Institución, los días catorce (14) y quince (15) de diciembre de dos mil trece (2013), con una intensidad de 48 horas.

El Centro de Simulación Médica de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas forma parte de la red de entrenamiento internacional de la American Heart Association, entidad ante la cual se encuentra debidamente certificada y registrada.

Para constancia se firma en Bogotá D.C. a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013).

COORDINACIÓN
Centro de Educación Permanente
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

YURLEY CAMPO FONTECHA
Coordinadora
Centro de Educación Permanente y Continuada

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

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

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

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

FECHA:	12/12/18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA

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
BARRERO	FARFAN	MARIA	FERNANDA

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1032372444	Bogota D.C	21-10-2004
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
09-08-1986	Bucaramanga/Santander	Colombia	Colombiana.

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	Padre.	0	3183937236

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☒	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL: Ginecologo y obstetra	Ginecologo y obstetra.

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cr 14#151-60 Apto 506 Torre 2	Bogota	Cundinamarca	Colombia	7046611

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
marferb6@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		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		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☒	NO ☐	SI ☐	NO ☒		
			ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		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									# NIT	
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒							
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐			
OTRA ☐	CUAL:	Subred centro oriente E.S.E.								

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 # 5-43	3444484	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	gineco obstetra		FECHA VINCULACION	15-05-2018

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	11.500.000	GASTOS FAMILIARES	2.000.000	AHORROS	1000.000	SALDO HIPOTECA	— 0 —
HONORARIOS	— 0 —	ARRIENDOS	1'500.000	INVERSIONES	— 0 —	TARJETAS DE CREDITO	— 0 —
ARRIENDOS	— 0 —	CUOTA VEHICULO	— 0 —	VEHICULOS	— 0 —	DEUDA VEHICULOS	— 0 —
COMISIONES	— 0 —	CUOTA VIVIENDA	4870.000	PROPIEDADES	4870.000	DEUDAS TERCEROS	2'200.000
OTROS INGRESOS*	— 0 —	OTROS EGRESOS*	2500.000	OTROS ACTIVOS*	540.000	OTROS PASIVOS*	1'500.000
TOTAL INGRESOS	11.500.000	TOTAL EGRESOS	10.870.000	TOTAL ACTIVOS	6410.000	TOTAL PASIVOS	3700.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	pago credito educativo de postgrado	poliza seguros del cred patrimonio	pago arriendo apto

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
Nuñez	Cunillo	Edwin	Reynaldo
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cll 13 Sur #8-70 Apto 689	Bogota/Colombia	profesional	3163385913

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia	cuenta de ahorros	20735774 50	contador	3430000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

especialista en ginecologia y obstetricia

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

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío 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 estadísticos.

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

MARIA F. BARRERA F.

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:			

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1032372444
NOMBRES Y APELLIDOS	Barrero Farfan,Maria Fernanda
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Barrero Farfan,Maria Fernanda, a los 11 días del mes de diciembre del año 2018.

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



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

OLDMUTUAL
Hagamos Grandes Cosas Juntos

Dirección: Av. 19 # 109 A – 30
Teléfono: +57 (1) 658 4000 – 484 1300
Bogotá, Colombia
Línea Nacional: 01 8000 517 526
www.oldmutual.com.co

Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Old Mutual Fondo de Pensiones Obligatorias

Certifica

A quien interese

Que MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN identificada con cédula de ciudadanía número 1032372444 se encuentra afiliado(a) a OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002518327, vigente desde el 1 de Diciembre de 2018 .

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 11 de Diciembre de 2018.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1032372444	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Maria	Fernanda	Barrero	Farfán

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
09-08-1986	Bucaramanga	G 14# 151-60 Torre 2 Apto 506	7046611

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Sanitas	old Mutual	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Ginecologo y obstetra	

Correo Electrónico	Celular
mariferb6@gmail.com	3183937238

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
MARIA F. BARRERO F.	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119054242

WEB
12:14:25

Bogotá DC, 11 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032372444:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 11 de diciembre de 2018, a las 12:12:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032372444
Código de Verificación	1032372444181211121256

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2602745

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2018 - 12:16 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO**

1032372444

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.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_I8DVM_1612
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:19:56 horas del 11/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032372444**
Apellidos y Nombres: **BARRERO FARFAN MARIA FERNANDA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Certificado Bancario

Domingo, 9 de Diciembre de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA FERNANDA BARRERO FARFAN identificado(a) con CC 1032372444, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20735877450	2004/01/09	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Establecimiento Bancario BANCOLOMBIA S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Es el momento de todos Bancolombia

SEGUROS BOLÍVAR

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

La persona identificada con CC-1032372444 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

Tipo de Documento *

Número de Documento *



Confirmar imagen *

CONSULTAR

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

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

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:	12-12-18	Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Maria F. Barrero Fonseca		DOCUMENTO:		1032372444
TELEFONO:	3183937238		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 UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS				
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐		NO ☐	

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI ☒			
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☒			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☒			
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒			
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒		N/A ☐	
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☒		N/A ☐	
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒		NO ☐	
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐		N/A ☒	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒		N/A ☐	
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☒		N/A ☐	
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8690	SI ☒			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐		N/A ☒	
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☒		N/A ☐	
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒		N/A ☐	
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒		N/A ☐	
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☒		N/A ☐	
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒		N/A ☐	
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒			
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☒		N/A ☐	
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐		N/A ☒	
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐		N/A ☒	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)	SI ☒		N/A ☐	
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☒		N/A ☐	
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐		N/A ☒	
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐		N/A ☒	
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐		N/A ☒	
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☒			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Sanitas E.P.S.	SI ☒			
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: old Mutual	SI ☒			
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: Seguros Bolivar	SI ☒			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☒			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº Bº Responsable Talento Humano		Fecha:	
Vº Bº Dirección Talento Humano		Fecha:	