

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA			
PROCESO SOLICITANTE:	Gestión Hospitalaria	FECHA:	11-12-18
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Paola Andrica Romero	Nº FOLIOS:	
TELEFONO:	3214805143	DOCUMENTO:	1033304183
		ACTIVIDAD SOLICITADA:	Enfermería

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).
TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO	
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 TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐ N/A ☐
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS 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 CHU _____	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 SECRETARÍA 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 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS 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 CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriólogo, Citoistecnólogo, Histocitotecnólogo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐ N/A ☐
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, 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: _____	SI	☐
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI	☐
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____)	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, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☐

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:	
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:	



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.

SIDEAPO

Última Actualización: 08-ene-2019

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BARBOSA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ALVAREZ	NOMBRES PAULA ANDREA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1033704183	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 3 MES AGO AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Valle del Cauca CIUDAD Cali		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 55 sur n 86-05 torre 2 apart 1602 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2051857 EMAIL andreinas2005@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	FECHA DE GRADO
										☒	MES ENERO AÑO 2005

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X	ENFERMERO (A)	3 2015	1033704183
TC	3	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	1 2009	1033704183

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAPO

Última Actualización: 08-ene-2019

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
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		X	
		PAÍS	
		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencion_usuario@esesantacruz.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7383838	DÍA 4 MES 1 AÑO 2017		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA JEFE DE QUIRURGICAS	HOSPITALIZACION	CRA 14B N° 1 45 SUR, BOGOTA	

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	2	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	0

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá D.C.
08-01-19

Paula Barbosa
1033704103
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 08-ene-2019

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1033704183 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección calle 55 sur n 86-05 torre 2 apart 1602

Teléfonos 3214205143 2051857

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MONICA SORLEY ALVAREZ GUZMAN	38893654	MADRE
ELISADRO BARBOSA ALVAREZ	19347329	PADRE

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	\$ 33.600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 1.200.000,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 34.800.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	008870446864	CENTRO COMERCIAL	\$ 500,00

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
MONICA ALVAREZ	MANUTENCION	\$ 700.000,00

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	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

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

PAVIA BARBOSA
1033704183 Bogotá
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 05-dic-2018
CIUDAD Y FECHA



República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

Paula Andrea Barbosa Alvarez

C.C. No. 1.033.704.183 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 expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C., 30 de enero de 2015


Rector


Secretario General


Decano



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Centro Educativo Distrital
Don Bosco IV

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 5929 del 18 de Septiembre de 2001*

Confiere a :

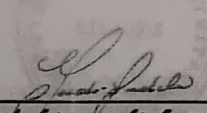
Paula Andrea Barbosa Alvarez

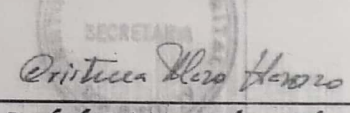
T.T. 880803-52730 de Bogotá D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes*

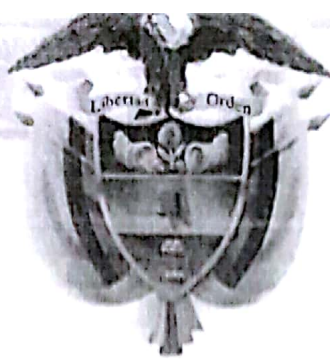

Nubia Judith Agudelo Reina
Rectora


Isabel Cristina Meza Herazo
Secretaria Académica

Anotado al Folio No. 05 del Libro para Control Interno No. 05

Dado en Bogotá, D.C., a 03 días del mes de diciembre de 2005

*No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo
de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.*



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Centro Educativo Distrital
Don Bosco IV

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 5929 del 18 de Septiembre de 2001*

Confiere a :

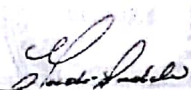
Paula Andrea Barbosa Alvarez

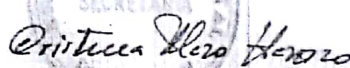
T.T. 880803-52730 de Bogotá D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes*


Nubia Judith Agudelo Reina
Rectora


Isabel Cristina Meza Herazo
Secretaria Académica

Anotado al Folio No. 05 del Libro para Control Interno No. 05

Dado en Bogotá, D.C., a 03 días del mes de diciembre de 2005

*No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo
de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.*

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL
DON BOSCO IV
CALLE 91 SUR No. 4 – 22 ESTE

TELEFONOS 7625959 – 7626015
BOGOTÁ, D.C.

INSCRIPCIÓN DANE No. 111001098850
RADICACIÓN ICFES No. 098210

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los tres (3) días del mes de diciembre de 2005, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica del **CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL DON BOSCO IV**, aprobado hasta nueva determinación en los niveles de Preescolar, Educación Básica y Media y autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 5929 del 18 de Septiembre de 2001.

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

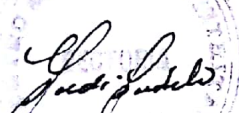
Paula Andrea Barbosa Alvarez

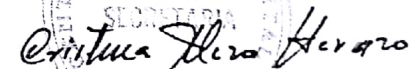
T.T. 880803-52730 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 05 del 03 de diciembre de 2005, consta de 72 alumnos; comienza con el nombre de ABRIL PINILLA DIEGO ALEJANDRO y termina con el nombre de VELANDIA PRADA WILLIAM RICARDO. Firmada por **NUBIA JUDITH AGUDELO REINA** (Rectora) e **ISABEL CRISTINA MEZA HERAZO** (Secretaria Académica).

Dada en Bogotá, D.C., a los tres (03) días del mes de diciembre de 2005.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.


NUBIA JUDITH AGUDELO REINA
C.C. 20.439.972 de Cáqueza
Rector


ISABEL CRISTINA MEZA HERAZO
C.C. 37.917.809 de Barrancabermeja
Secretaria Académica

VISUAL LASER LTDA
3686850 3686851

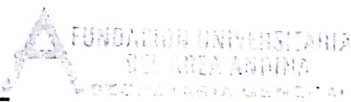
**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 708**

En Bogotá D.C., el 30 de enero de 2015 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 063 del 23 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, la Vicerrectora Académica, doctora Sonia Sierra González y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ** con cédula de ciudadanía Número 1033704183 de Bogotá 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 de la Fundación, 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 8, Folio 51, número 42454

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
SONIA SIERRA GONZALEZ, Vicerrectora Académica
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 30 de enero de 2015.


MARIA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General


FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

Bogotá D.C

Señores:

fundacion universitaria del area 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, paula andrea barbosa Alvarado 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

paula barbosa.

No. de documento:

1033704183

Tarjeta profesional No:

1033704183

Dirección de contacto:

calle 55 sur # 86-03 T2 apta 1602

Teléfono:

3214705143

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.033.704.183

NUMERO

BARBOSA ALVAREZ

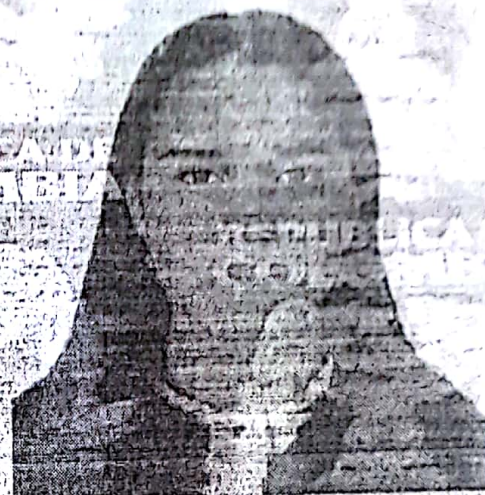
APELLIDOS

PAULA ANDREA

NOMBRES

Paula Barbosa

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1988

EL DOVIO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

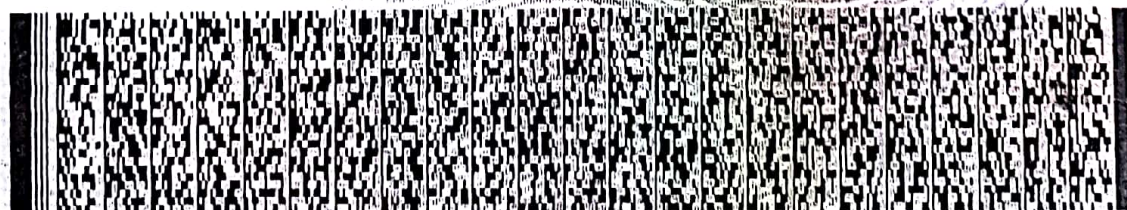
F

SEXO

21-DIC-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NAC
JUAN CARLOS GALINDO



P-1500106-45156934-F-1033704183-20070409 0197707099B 02 227421563
ISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

2. Concepto ☐ 1 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14363481568



(415)7707212489984(8020) 000001436348156 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 3 3 7 0 4 1 8 3 - 2

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 3 3 7 0 4 1 8 3

27. Fecha expedición:

2 0 0 6 1 2 2 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BARBOSA

32. Segundo apellido

ALVAREZ

33. Primer nombre

PAULA

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

MONICA PIELES

37. Sigla:

UBICACION

País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 58 SUR 17 28

42. Correo electrónico:

ANDREINAS2005@HOTMAIL.COM

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 2 1 4 2 0 5 1 4 3

45. Teléfono 2:

2 0 5 1 8 5 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 1 0 9

Actividad secundaria

48. Código:

1 4 2 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 1 0 9

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1

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:	1	2																							

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

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 6 0 2 1 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 BARBOSA ALVAREZ PAULA ANDREA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 13-08-2018 09:25:

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 16-02-2016
Hora: 11:13:32 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1033704183-2 PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ

Información General

Dirección CL 58 SUR 17 28

Teléfonos 2051857-3214205143

Dirección electrónica ANDREINAS2005@HOTMAIL.COM

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 28/07/2011

Soporte Inscripción 13736524

Fecha Inicio Actividades 17/02/2011

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 14202-FABRICACION DE ARTICULOS DE PIEL (EXCEPTO PRENDAS DE VESTIR)

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000551335



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

PAULA ANDREA

BARBOSA ALVAREZ

C.C. 1033704183-

ENFERMERO(A)

Expedicion 06/02/2015



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES PAULA ANDREA

APELLIDOS BARBOSA ALVAREZ

C.C. 1.033.704.183 BOGOTA

UNIVERSIDAD FUND UNIV. DEL AREA ANDINA

RUN No. 42397

Fecha de Expedición: 10/MARZO/2015



Resolución No 1396 de 03/02/2015
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BARBOSA ALVAREZ PAULA ANDREA, identificado(a) con CC número 1033704183 expedida en BOGOTÁ D.C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 30/01/2015, acta de grado Nro. 708, Diploma Nro. 42454 y registrado en el libro 8 Folio 51, año 2015.

Que de conformidad con la Resolución 2358 de 16 de junio de 2014, del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL por la cual se establece el procedimiento para la asignación de las plazas del Servicio Social Obligatorio, de las profesiones de medicina, odontología, enfermería y bacteriología en la modalidad de prestación de servicios de salud, se llevo a cabo el proceso de asignación de plazas el día 20/01/2015.

Que el(la) señor(a) BARBOSA ALVAREZ PAULA ANDREA, no resultó con plaza asignada para la prestación del Servicio Social Obligatorio, en el proceso realizado en la fecha anteriormente citada y que de conformidad con lo señalado en el artículo 13 de la resolución 2358 de 2014, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a BARBOSA ALVAREZ PAULA ANDREA identificado(a) con CC número 1033704183 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 03/02/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.

Directora de Calidad de

Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA

Directora de Calidad de Servicios de Salud (E).

Aprobó: Dalbeth Henríquez I.
Revisó: Daniel Ortiz B. / Carmen Rosa Gallago.
Elaboró: Víctor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 384 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



Bogotá, D.C. 06-02-2015
A la fecha notifiqué personalmente al
señor(a) <u>Paula Barbosa</u>
CC. #. <u>1033704183</u>
Firma <u>PAULA BARBOSA</u>

BOGOTÁ
HUMANANA

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1033704183

Primer Nombre *

paula

Primer Apellido *

barbosa

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-05→4:29:39 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1033704183	PAULA	ANDREA	BARBOSA	ALVAREZ	Ver

Información Detallada [CC: 1033704183] PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ**2018-12-05→4:29:39 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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).



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **PAULA ANDREA BARBOSA ÁLVAREZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.033.704.183, 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 tres (3) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		17.05.2012	1203401 v=12/12	
Otras		25-11-16	V502180120-0111	
		04-12-18	01502180 1/11	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	09 NOV. 2010	02468003	
	2	9 DIC 2011	632-DIC	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	24 JUN 2006	(10xub) MUSP	
	2	05 AGO 2006		
	3	24.01.06	lot: E4312A	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15 MAYO 2006		
	2	24 JUN 2006	(10xub) MUSP	
	3	25 NOV 2006		
		19 MAY 2007		

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	16 NOV 2010	IPSCORVSAUDKEMEDYVACUNACION	
	2	16 DIC 2010		
	3	16 JUNIO 2011		

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Paula Andrea

Apellidos:

Barbosa Alvarez

Documento
de identidad:

C.C. T.I.

Pasaporte

No.

1033704183

Fecha de
Nacimiento:

Día.

03

Mes.

08

Año.

1988

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Paula Andrea

Apellidos:

Barbosa Alvarez

Documento
de identidad:

C.C. T.I.

Pasaporte

No.

1033704183

Fecha de
nacimiento:

Día

03

Mes

08

Año

1988

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Paula Andrea

Apellidos:

Barbosa Alvarez

Documento
de identidad:

C.C. T.I.

PASA
PORTE

No.

88080352730

Fecha de
Nacimiento:

Día:

Mes:

Año:

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Paula Andrea

Apellidos:

Barbosa Alvarez

Documento
de identidad:

C.C. T.I.

Pasaporte

No.

1033704183

Fecha de
nacimiento:

Día

03

Mes

08

Año

1988

DIFTERIA ☒ TETANO ☒			HEPATITIS B		
Fecha	Dosis	Reacción	Fecha	Dosis	Reacción
24-01-08	1	—	24-01-08	1	—
26-02-08	1	—			
20-11-08	1	—			

OTRAS VACUNAS			FIEBRE AMARILLA		
Fecha	Dosis	Tipo	Fecha	Dosis	Reacción

F-646



COLSUBSIDIO
SALUD OCUPACIONAL

CARNET DE VACUNACION

NOMBRE: Paula Barboza Alvarez

EMPRESA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: 3 - agosto - 1988

SEXO: F G. SANGUINEO: O RH: +



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO**



8218268

Orden No: **8218268**
Paciente: **BARBOSA ALVAREZ PAULA NADREA**
Documento Id: **CC 1033704183**
E.P.S: **HOS-USAQUEN**
Sede: **USAQUEN**
Servicio: **CONSULTA EXTERNA.**

Fecha de ingreso: **21-Aug-2018 2:53 pm**
Fecha de impresion: **30/08/2018**
Edad: **29 Años 0 meses 18 días** Sexo:
Telefono: **3214105143**
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

Hepatitis b, anticuerpos s [anti-hbs]

VALORES DE REFERENCIA:

NO REACTIVO: Menor a 10 mIU/mL
REACTIVO: Mayor o Igual a 10 mIU/mL

490.3^ Reactive mIU/mL

Firma Responsable

Fecha validación

8/26/2018 4:43:00PM

P. Zuluaga
Dra. Piedad Zuluaga
Bacteriología



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución L.C. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 139511
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud

NIT: 829 015.074-4

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

EXAMEN
☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico
 FECHA: 15 ENERO DEC 2018
 NOMBRE: PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ EDAD: 29 SEXO ☒ M ☐ F
 C.C./T.I.: 1033904183 Tel.: _____ Cel.: 321205143
 EMPRESA: PARTICULAR CARGO: ENFERMERA

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Valoración Médica Laboral

	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL
Espirometría			Dermatología		
Audiometría			Osteomuscular		
Visiometría <u>Normal</u>			Cardiovascular <u>Daños GI bilaterales</u>		
Electrocardiograma			Vacunación		
Psicología Laboral			Prueba de Equilibrio		
Radiología			Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hemático IVG			Parcial de Orina		
Serología			RH		
Glicemia			Varios		
Colesterol					
Triglicéridos					

Impresión Diagnóstica Daños GI bilaterales

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

Apto para trabajos seguro en altura y espacio confinados ☒ NO Según Res. No. 1409 del 23 de Julio de 2012

Apto para trabajos en superficie ☒ SI

Apto para el cargo ☒ SI

Aplazado ☒ NO

No Apto ☒ NO

Examen Periódico Satisfactorio ☒ SI ☐ NO

Examen de Egreso Satisfactorio ☒ SI ☐ NO

RECOMENDACIONES

1. Higiene Postural	☒	6. Control Audiométrico	☐	11. Estilos de Vida Saludable	☐
2. Pausas Activas	☒	7. Uso de Doble Protección Auditiva	☐	12. Evitar Posturas Prolongadas	☐
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	☒	8. Control Optométrico Periódico	☐	13. Uso de Medias de Compresión Graduado	☒
4. Uso de Elementos de Protección Personal	☒	9. Uso de Lentes	☐	<u>Uso de Medias de Compresión Graduado</u>	
5. Valoración por Medicina Ocupacional	☐	10. Control de Tensión Arterial	☐		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Firma Trabajador

Paula B

C.C. No.

1033904183

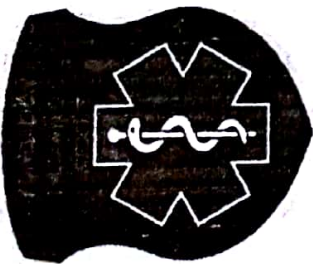
Huella

Elena Gaitoy G
 MEDICO CIRUJANO
 Universidad Nacional Bogotá
 Salud Ocupacional U.M.E.L.
 3613/04
 MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

"El autocuidado es parte de la cultura laboral"

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
 Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9737
 Fax: 239 0086

umedltda@gmail.com - info@umedlps.com
 www.umedlps.com



FUNDACIÓN PARAMEDIC RESCUE (BOGOTÁ)

RM No 22228875 del 28 de Junio del 2012, Nit 79712277-1

Resolución No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de 29/04/2013 del Ministerio de Salud, Norma competencia Laboral 230101108 del Sena.



Manejo Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ

C.C No. 1.033.704.183 de Bogotá

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en : **CURSO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO**

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999 Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá y la Resolución 0459 de 2012. del Ministerio de Salud y Protección Social.

Con una Intensidad de **20** Horas, Realizado en Yopa/Bogotá D.C Noviembre 16 al 18 del 2018
Registro Folio No. **2002 LR FPR Expedido el 18 Noviembre de 2018 Vence el 18 Noviembre de 2020**



FUNDACION
PARAMEDIC RESCUE

Director General

Carlos Alberto Rodríguez Vargas

Médico Cirujano UNAM

Directo Fundación Paramedic Rescue



Manejo Integral en
Salud para Víctimas

Margarita Fonseca
Especialista en Violencia Sexual

Fundación Paramedic Rescue



MOMAS
FUNDACION
DE GENDRO

VIOLENCIA SEXUAL

Fundación Paramedic Rescue

Secretaría Académica
Secretaría de Educación

Secretaría Académica

Fundación Paramedic Rescue



FUNDACIÓN PARAMEDIC RESCUE (BOGOTÁ)

RM No 22228875 del 28 de Junio del 2012, Nit 79712277-1
Resolución No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de
29/04/2013 del Ministerio de Salud, Norma competencia Laboral 230101108 del
Sena.



CERTIFICA

QUE:

PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ

C.C No. 1.033.704.183 de Bogotá

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en :

CURSO DE SOPORTE CARDIOVASCULAR

AVANZADO "ACLS"

Basado en la Resolución 2003 de 2014 del Min. Protección Social

Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994

Con una Intensidad de 50 Horas, Realizado en Bogotá D.C Noviembre 23 al 25 del 2018

Registro Polio No. 2767 LR FPR Expedido el 25 Noviembre de 2018 Vence el 25 Noviembre de 2020

FUNDACIÓN
PARAMEDIC RESCUE

Director General

Carlos Alberto Rodríguez Vargas

Médico Cirujano UNAM

Director Fundación Paramedic Rescue



INSTRUCTOR

Felipe Franco Fernández

Instructor

Fundación Paramedic Rescue

Fundación Paramedic Rescue

Secretaría Académica

Sandra Patricia Bueno

Secretaría Académica

Fundación Paramedic Rescue

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA			
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	Subred integrada servicios de salud centro oriente m.			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	IND ☐	NTT ☐	90095905-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: X		TELÉFONO		CUIDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		3282820		Bogotá		condimorquia	Colombia
CARGO ACTUAL		Enfermera		FECHA VINCULACIÓN		01-02-2018	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1800.000	AHORROS	SALDO HIPOTECA 10.000.000
HONORARIOS	2.900.000	ARRIENDOS		INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	DEUDA VEHICULOS
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	650.000	PROPIEDADES	DEUDAS TERCEROS
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	OTROS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	2.900.000	TOTAL EGRESOS	2450.000	TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS 10.000.000
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
Rodriguez	Utrera	Firdu	
DIRECCIÓN	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
11030700-27501	Bogotá	Amigo	7672712

7. REFERENCIA FINANCIERA			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL
Da Vivienda	Ahorros	000004664	CC Tunal
TELEFONO	6091013		

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CUIDAD

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:			
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐
PAGO SERVICIOS ☐		OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>

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 de 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 001 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

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

Enfermera

- 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).
- 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.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionatorias.
- Posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de la responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- 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.

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

FECHA: 10-12-19 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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: Barbosa SEGUNDO APELLIDO: Alvarado PRIMER NOMBRE: David SEGUNDO NOMBRE: Ordica
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ No. IDENTIFICACION: 1033304183 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 26-12-2006
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 03-08-1983 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): DOVIO (VALE) PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR: 3214705148

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTRE ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: Enfermera

DIRECCION RESIDENCIA: 1155501-H86-05 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 2051053
CORREO ELECTRONICO: pavandikinas100@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: 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: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):
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: SI ☐ IVA: SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692
DECLARA RENTA: NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒ PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

AFODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente reportados (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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
 - B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación o vinculados a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente: b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. f) La gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos y estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de usuarios y/o clientes de la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. j) Envío de información de Sujetos de titulación 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 regulaciones 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE 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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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 lo 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, teléfono 344 44 84, e-mail: secretaria@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. b) INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO.

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor 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

PAOLA BARBOSA

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Dactilar 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:	

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ identificado(a) con CC 1033704183 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 14/06/2011

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: ~~CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR~~

Categoría: A

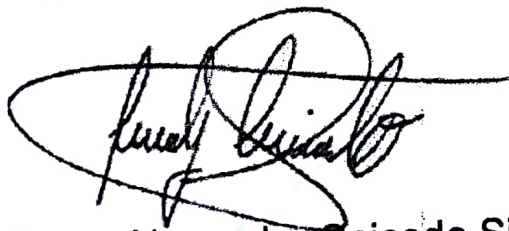
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 04 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

~~Cordialmente,~~



Fredy Alexander Caicedo Sierra

~~Director Operaciones Comerciales~~

EPS FAMISANAR S.A.S.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ identificado(a) con C.C No. 1.033.704.183, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 04 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1033704183

Numero de Documento

BOLIVAR

ARL

Paula

Primer Nombre

Andrea

Segundo Nombre

Barbosa

Primer Apellido

Alvariz

Segundo Apellido

03-08-1988

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Calle 50 # 86-05

Dirección de Residencia

2051854

Teléfono Fijo

Samsonar

EPS - Salud

Confondos

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

01-02-2017

Fecha Inicio del Contrato

pauandreas7005@gmail.com

Correo Electrónico

3214705143

Celular

Paula Barbosa
1033704183

Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.431.204 Bta
Enfermera P.U.J.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52.431.204



WEB

19:37:30

Hoja 1 de 01

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118810708

Bogotá DC, 04 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilitaciones (SIRI), el(la) señor(a) PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033704183:

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 inhabilitaciones 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 inhabilitaciones generadas por sanciones disciplinarias, inhabilitaciones 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. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos de la acción de repetición o llamamiento en garantía.** 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/portalanteriores.html>.

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



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

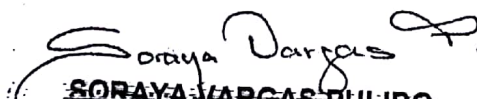
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 04 de diciembre de 2018, a las 19:38:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033704183
Código de Verificación	1033704183181204193831

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 4 de Diciembre de 2018 - 10:35 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) **PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL CIENTO OCHENTA Y TRES** de BOGOTÁ D.C.

1033704183

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_1GIBQ_3519**
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 19:39:10 horas del 04/12/2018, el ciudadano identificado con:

~~Cédula de Ciudadanía N° 1033704183~~

Apellidos y Nombres: **BARBOSA ALVAREZ PAULA ANDREA**

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.



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.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACIÓN

2018/12/10



Bogotá
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **PAULA ANDREA BARBOSA ALVAREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1033704183** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

008870446864
2011/06/07

Número:
Fecha apertura:

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1Rev 4 - 06

VISTO
AUTENTICIDAD
DE COLOMBIA