



Código de barras

16/11/2017 16:39:34

62

UTC -5

16:39:34



Inicio

Ayuda

Buscar...

Id de página: 16001711 Ayuda (?)

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Usuario: Doris Hernández Rivera

DORIS HERNANDEZ RIVERA con el NIT 30350750 creada

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





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 INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ORIENTE
Última Actualización: 11-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERNANDEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RIVERA	NOMBRES DORIS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 30350750	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 1971 PAÍS Colombia DEPTO Caldas CIUDAD La Dorada		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA AVENIDA CARACAS # 1 - 03 APARTAMENTO 308 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3024654 EMAIL dorisjval15@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES NOVIEMBRE AÑO 1988

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	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X	ENFERMERO (A)	6 2001	27258
UN	8	X	ENFERMERA	7 2001	30350750



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 INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA REMUNERACIÓN 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 sub red integrada de servicios de salud centro oriente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA ENFERMERÍA	DIRECCIÓN KRA 14 1 59 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA ESE III NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hsc@esesantaclara.gov.co	
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 9 AÑO 2006	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA ENFERMERÍA	DIRECCIÓN CARRERA 14 A No. 1 59 SUR	

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	11	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE DATOS DEL EMPLEO Y LA CARRERA PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

Bogotá 12-12-18
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Doris Hernández Rivera
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



FORMULARIO ÚNICO

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.**SIDEAP**
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DORIS HERNANDEZ RIVERA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 30350750 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección AVENIDA CARACAS # 1 - 03 APARTAMENTO 308

Teléfonos 3105690070 3024654

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN SEBASTIAN PEREZ HERNANDEZ	1018424132	HIJO(A)
CAROL VALENTINA ALVAREZ HERNANDEZ	1013663726	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN
POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE
RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 30.888.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 30.888.000,00

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
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	102569449	AV PRIMERA	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
apartamento	av caracas #1-03	\$ 92.500.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



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



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 ocasional o permanente son las siguientes:

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

3. FIRMA

Doris fernandez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018
CIUDAD Y FECHA



República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No. 22215 del 9 de Diciembre de 1983

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

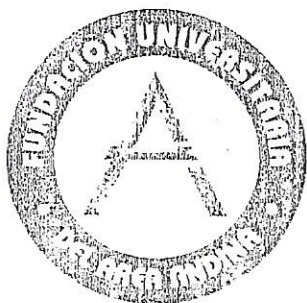
Noris Hernández Rivera

C.C. 30.350.750 La Torada

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. 20 de junio de 2001



[Signature]
Rector

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Reconocen este título en todos los efectos legales
Bogotá 16 de Mayo 2001
Institución 25 de Mayo 2001

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA: Que en el libro de Actas de la Fundación, se encuentra el ACTA DE GRADO NO. 107. Que en Bogotá D.C. a los veinte (20) días del mes de junio de dos mil uno (2001) siendo las cuatro (4:00) de la tarde, convocados por Resolución No. 176 de junio catorce (14), se reunieron en EL SALON SANTANDER DEL HOTEL ORQUIDEA REAL, el doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, la decana de la facultad de ENFERMERIA doctora: LILIANA BUENAHORA TOBAR, y la Secretaria General de la Fundación, doctora MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, para presidir la ceremonia de grado de: DORIS HERNÁNDEZ RIVERA identificada con cédula de ciudadanía No. 30.350.750 La Dorada quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum y presentó, PRACTICAS HOSPITALARIAS y TRABAJO DE GRADO, cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa y habiéndose hecho merecedor a recibir el título de: ENFERMERA, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 de julio 26 de 1995. Previa entrega de los diplomas, se tomó el juramento de rigor al (los) graduando (s), quien (es) prometió (prometieron) 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. Acto seguido, el Señor Rector presentó su saludo en nombre de la Fundación. 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 1, folio 122, número 4368:

(Fdo) PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, (Rector)

(Fdo) LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana Facultad de Enfermería

(Fdo) MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Es copia tomada de su original, a los veinte (20) días del mes de junio de dos mil uno (2001).


MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General



Bogotá D.C

Señores:

Fundación 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, Doris Hernández Rivera 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

Doris Hernández Rivera

No. de documento:

30.350.750

Tarjeta profesional No:

27258

Dirección de contacto:

Av. Caracas n. 1-03

Teléfono:

3105690070

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.350.750**

HERNANDEZ RIVERA

APELLIDOS

DORIS

NOMBRES

Doris Hernandez Rivera

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-AGO-1971**

LA DORADA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

26-JUL-1990 LA DORADA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

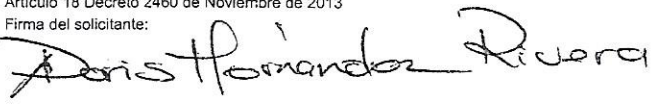
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00207131-F-0030350750-20100104

0019580263A 2

1160101803

	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001																																						
2. Concepto 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN 		4. Número de formulario 14387548105  (415)7707212489984(8020) 000001438754810 5																																							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 0 3 5 0 7 5 0 - 6		6. DV 6 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá																																							
		14. Buzón electrónico <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 3 2 </div>																																							
IDENTIFICACION																																									
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3																																							
26. Número de identificación: 3 0 3 5 0 7 5 0		27. Fecha expedición: 1 9 9 0 0 7 2 6																																							
Lugar de expedición 28. País: COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento: Caldas 1 7																																							
30. Ciudad/Municipio: La Dorada 3 8 0																																									
31. Primer apellido HERNANDEZ		32. Segundo apellido RIVERA																																							
33. Primer nombre DORIS		34. Otros nombres																																							
35. Razón social:																																									
36. Nombre comercial:																																									
37. Sigla:																																									
UBICACION																																									
38. País: COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1																																							
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1																																									
41. Dirección principal AV CARACAS 1 03 AP 308 BL 6																																									
42. Correo electrónico: dorisjval15@gmail.com		43. Apartado aéreo																																							
44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2:																																							
CLASIFICACION																																									
Actividad económica		Ocupación																																							
46. Código: 8 6 9 9		47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 6 0 9 1 9																																							
48. Código: _____		49. Fecha inicio actividad: _____																																							
50. Código: 1 2		51. Código 2 2 2 4																																							
52. Número establecimientos _____																																									
Responsabilidades, Calidades y Atributos																																									
53. Código: <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td> </tr> <tr> <td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	5																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																								
5																																									
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario																																									
Usuarios aduaneros		Exportadores																																							
54. Código: <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											<table border="1" style="width:100%;"> <tr> <td>55. Forma</td> <td>56. Tipo</td> <td>Servicio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>57. Modo</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>58. CPC</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3	☐	☐	57. Modo	☐	☐	☐			58. CPC	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3																																				
☐	☐	57. Modo	☐	☐	☐																																				
		58. CPC	☐	☐	☐																																				
Para uso exclusivo de la DIAN																																									
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: 0																																							
61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 3 1																																									
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 ROMERO TELLEZ DEISY LORENA 985. Cargo: Punto de Contacto Presencial																																							

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 30350750-6 DORIS HERNANDEZ RIVERA

Información General

Dirección AV CARACAS 1 03 APTO 308 BL 6

Teléfonos 3024654 / 3105690070

Dirección electrónica dorisjval15@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2012

Soporte Inscripción 14091811

Fecha Inicio Actividades 01/01/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENICION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

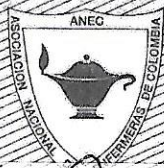
Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001123003



REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)

Doris Hernandez Rivera

REGISTRADO



NOMBRE **DORIS HERNANDEZ RIVERA**
C.C. **30.350.750 LA DORADA (CALDAS)**
UNIVERSIDAD **FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA**
RUN No. **27258**
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO **18/MAR/2011** FECHA DE ACTUALIZACIÓN DATOS **18/MAR/2021**



No. 27484

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC

RESOLUCION No 27258 de MARZO 18 DE 2011
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

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

CONSIDERANDO

A) Que, DORIS HERNANDEZ RIVERA Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 30.350.750, expedida en LA DORADA (CALDAS), ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Único Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (El) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, expedido el 20 del mes JUNIO de 2001, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el artículo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 424 del 18 de MARZO de 2.011.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a DORIS HERNANDEZ RIVERA, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 27258, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

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

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 18 días del mes de MARZO de 2011 en Bogotá, D.C.

RESOLUCION No. 25¹⁶⁸⁴ DE 2001
(16 AGO. 2001)

“Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional ”

EL SECRETARIO DE SALUD

En cumplimiento al Decreto Número 1875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto Número 3134 de 1956.

CONSIDERANDO:

Que DORIS HERNANDEZ RIVERA, con cédula de ciudadanía No. 30.350.750 de La Dorada, ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como ENFERMERA, TITULO que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, según Acta de Grado No. 107 de fecha 20 de junio de 2001

Que dicho título se encuentra debidamente registrado con el No. 4368, folio 122, libro 1, por la Secretaría de la Universidad, Santafé de Bogotá, D.C. 20 de junio de 2001.

Que de conformidad con la Ley 50 de 1981, Artículo 2, Parágrafo 3, Acuerdo No. 005 de 1999, del 1 de Septiembre de 1999, expedido por el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, presidido por el ICFES, y Resolución No. 0522 del 16 de abril de 2001, emanada del Ministerio de Salud, se autorizó la realización de un sorteo de plazas de ENFERMERIA, para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizó el 29 de junio de 2001.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a DORIS HERNANDEZ RIVERA, Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 30.350.750 de La Dorada para ejercer la profesión de ENFERMERA, en el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los **16 AGO. 2001**


ALVARO FLOREZ BERNAL
Secretario de Salud


PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

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 *

30350750

Primer Nombre *

DORIS

Primer Apellido *

HERNANDEZ

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-01 → 12:09:32 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	30350750	DORIS		HERNANDEZ	RIVERA	<u>Ver</u>

Información Detallada [CC: 30350750] DORIS HERNANDEZ RIVERA

2018-12-01 → 12:09:32 AM

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 Unico 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 **DORIS HERNÁNDEZ RIVERA** identificada con la cédula de ciudadanía número 30.350.750, 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 treinta (30) días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



FECHA	MARZO 29 DE 2017
NOMBRE	HERNANDEZ RIVERA DORIS
IDENTIFICACION	30.350.750
EDAD	44
EMPRESA	HOSPITAL MILITAR CENTRAL

EXAMEN

HEPATITIS B, TITULACION DE ANTICUERPOS

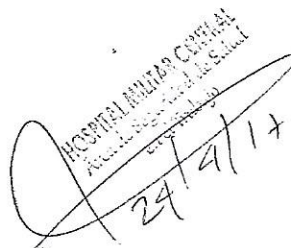
RESULTADO 172,7 UI/L

CRITERIOS DE INTERPRETACION

ENTRE 0 A 9,9 UI/L	SEROCONVERSION / INICIAR ESQUEMA
ENTRE 10 A 100 UI/L	SEROPROTECCION / REFUERZO A LOS 6-12 MESES
ENTRE 101 A 1000 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 2 AÑOS
ENTRE 1001 A 10000 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 5 AÑOS
MAYOR A 10001 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 10 AÑOS

Atentamente


Representante
NIT 823.000.000
Bacteriología


HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Bacteriología
29/4/17

Carrera 45A No. 94-91 Barrio La Castellana • Bogotá
PBX: 742 0428/29/30 • Celular Corporativo: 310 7934325
E-mail: gerenciacomercial@controlarsalud.com • martha.sierra@controlarsalud.com
giovanny.sanchez@controlarsalud.com • www.controlarsalud.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 10/12/2018 16:29:53

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DORIS HERNANDEZ RIVERA

C.C 30350750

EDAD 47 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR ENFERMERA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒

Visiometría ☐

Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐

Audiometría ☐

Cuales

Espirometría ☐

Radiografías

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

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS

USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

USO DE MEDIAS ANTIVARICES

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐

Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

SE RECOMIENDA REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL,

Doris Hernández

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Cpaf.

Claudia Patricia González J.
Médico Laboralista
Gerencia de Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. P. 403.823

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

DORIS HERNÁNDEZ RIVERA

C.C.: 30350750

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente

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

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

CERTIFICA QUE:

Doris Hernandez Rivera

Identificado(a) con N° de Documento.

CC 30.350.750

Asistio al programa correspondiente a:

CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una duración de 48 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.



Liz Daines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Miracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 20 días de mes de Octubre de 2018.

Vigencia hasta el día 20 del mes de Octubre de 2020

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228



 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:	2018/12/12	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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	☐		
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
HERNANDEZ	RIVERA		DORIS		
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐
NUP	☐	30350750	DORADA CALDAS	1990/07/26	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? ☒ SI ☐ NO	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1971/08/03	DORADA CALDAS		COLOMBIA	COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO(A) ☐			2	2	3105690070
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ TECNICO ☐ ☒ ADOL ☐ UNIVERSITA ☐ BACHILLER ☐					ENFERMERA PROFESIONAL
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
AVENIDA PRIMERA NUMERO 1-43 BLOQUE 6 APARTAMNETO 308		BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3024654
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
DORISVAL15@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.	☐
NUP	☐				
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	
		CUAL:		NACIONALIDAD:	

 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	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:							
ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐	HOGAR COMERCIANTE ☐	PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA..... ☐	CUAL: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒	IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒	CÓDIGO C.U.I. ACTIVIDAD ECONOMICA: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center;">8692</div>			
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒			
FUNCIONARIO PUBLICO: SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS: SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA:			
				SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA:		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒		* NIT:		900959851-7	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ BIENES ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px;"></div>					
DIRECCION DE LA EMPRESA:		TELEFONO:		CIUDAD/MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:	
Diagonal 34 N° 5 - 43		3282828		BOGOTÁ		CUNDINAMARCA	
CARGO ACTUAL:		ENFERMERA PROFESIONAL		FECHA VINCULACION:			
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	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 2.800.000	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 2.800.000	ARRENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 2.800.000	TOTAL EGRESOS	\$ 2.800.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
		GASTOS FAMILIARES					
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		
MARTIN	CEPEDA		JHON		ALEXANDER		
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
CARRERA OCTAVA B NUMERO 163A-9	BOGOTÁ		AMIGO		3118099833		
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO			
BANCO BOGOTA	CUENTA AHORROS	102569449	BOGOTA				
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 SERVICIO ☐	OTRA ☐		

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

ENFERMERA PROFESIONAL

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique).
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: 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 desprendibles 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)

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

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

10. 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 como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones que le sean 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 derivadas 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UAF, 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, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA 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 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 c) 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 subred@subredcentroorientecol.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, (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.subredcentroorientecol.gov.co), en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN 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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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:	



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN
GRUPO AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 512489

Que el (la) señor(a) PU. DORIS HERNANDEZ RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía 30350750 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (HOMIC) a través de HOSPITAL MILITAR CENTRAL, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Dada en Bogotá D.C., el día 05 de diciembre de 2018.

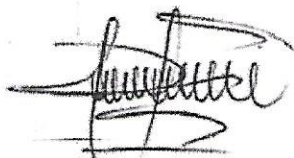
Capitán JORGE ANDRES PRADA MUR
Coordinador Grupo de Afiliación y Validación de Derechos
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: CLAUDIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DORIS HERNANDEZ RIVERA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía número 30350750**, se encuentra afiliado (a) desde **31/01/1992** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de noviembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

30-350.750

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Doris

Primer Nombre

Hernández

Segundo Nombre

Rivera

Primer Apellido

Segundo Apellido

3-8-1971

F. Nacimiento dd/mm/aa

La Dorada

Ciudad de Nacimiento

Av. Caracas N° 2-03

Dirección de Residencia

3024654

Teléfono Fijo

Fosyga

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Enfermera

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

dorisjulisa@gmail.com

Correo Electrónico

3105690070

Celular

Doris Hernández Rivera

Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo Q.
O.C. N° 52.431.204 Bta
Enfermera P.U.N.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

52-431-204

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118644719



WEB
00:13:53
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 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) DORIS HERNANDEZ RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 30350750:

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.

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 sábado 01 de diciembre de 2018, a las 00:17:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	30350750
Código de Verificación	30350750181201001721

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., 1 de Diciembre de 2018 - 0:25 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DORIS HERNANDEZ RIVERA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL SETECIENTOS CINCUENTA** de LA DORADA

30350750

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
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_9FFQ_240**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 00:21:54 horas del 01/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 30350750

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ RIVERA DORIS**

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.

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona DORIS HERNANDEZ RIVERA identificado(a) con CC 30350750 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 102569449 desde el 30 de octubre de 2006, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 04 de diciembre de 2018, a solicitud del interesado, con destino a HOSPITAL SANTA CLARA.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero
Gerencia de Soluciones para el Cliente
Banco de Bogotá