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

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

CODIGO: AP-TH-F-2017
VERSION: 05
FECHA: 2017-11-08

DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE		FECHA	FOLIOS
NOMBRE DEL CANDIDATO	Gloria Bolivar	DOCUMENTO	51943840
TELEFONO	3219278693	ACTIVIDADES OBJETO DEL CONTRATO	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

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOLICITUD DE CONTRATO

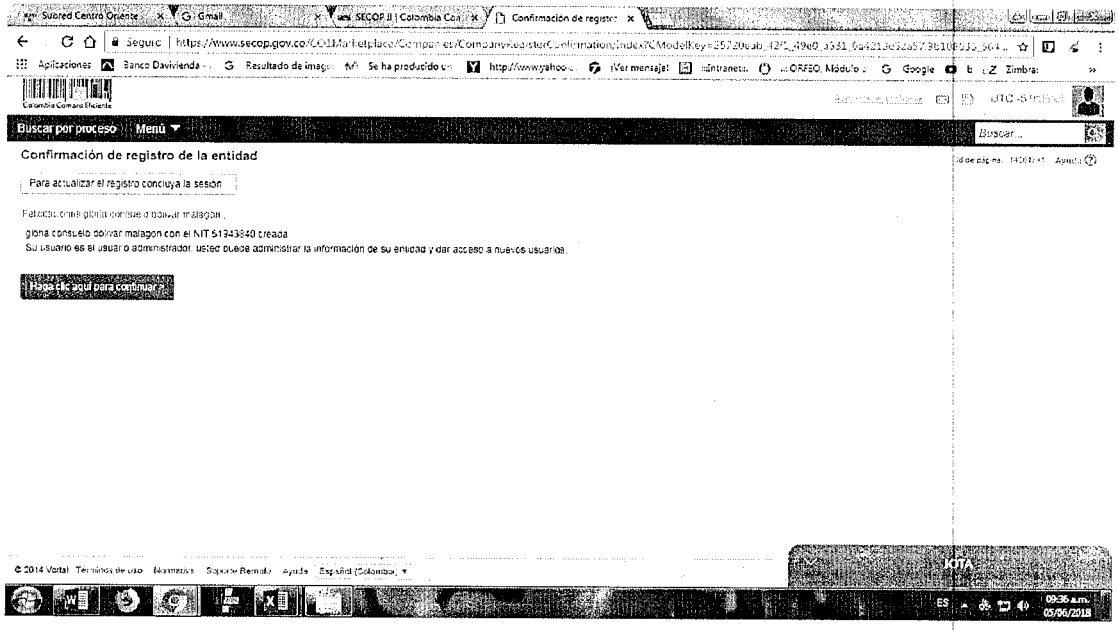
1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACION DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCION SECOP II	SI ☑
2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑
3	DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCION PUBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☑ N/A ☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADEMICO	SI ☐ N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☑ NO ☐
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCION DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL/ ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐ N/A ☑
8	FORMATO AUTORIZACION CONSULTA DE TITULOS ACADEMICOS (Técnicos, Tecnologos, Profesionales)	SI ☑ N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☑ N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA AMPLIADA AL 150%	SI ☑
11	REGISTRO UNICO TRIBUTARIO - RUT: CODIGO CIIU 8690 FECHA _____	SI ☑
12	REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA - RIT	SI ☑
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐ N/A ☑
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐ N/A ☐
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal de Salud)	SI ☐ N/A ☐
16	CERTIFICACION DE INSCRIPCION EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☑ N/A ☐
17	ANTECEDENTES ETICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☑ N/A ☐
18	CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses/ 1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACION (vigente)	SI ☑ N/A ☐
19	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☑
20	CARNE DE RADIOPROTECCION (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 2 años	SI ☐ N/A ☑
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BASICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☑ N/A ☑
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, auxiliar administrativo STA, salud mental y personal APH)	SI ☐ N/A ☐
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐ N/A ☑
24	LICENCIA DE CONDUCCION (Conductores)	SI ☐ N/A ☑
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐ N/A ☑
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) - Completamente diligenciado	SI ☑
27	CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS - NOMBRE: Sanitas	SI ☑
28	CERTIFICADO DE AFILIACION A FONDO DE PENSION - NOMBRE: Proteccion	SI ☑
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE Sura	SI ☑
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURIA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORIA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERIA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICIA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☑

VERIFICACION REGISTRO DE LA INFORMACION

VoBo	Proceso Solicitante	Fecha:	
VoBo	Talento Humano	Fecha:	
VoBo	Contratación	Fecha:	


Subred Centro Oriente
Gmail
SECOP II | Colombia Com
Confirmación de registro
Seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Company/CompanyRegister/Confirmation/Index?CModelKey=
Aplicaciones
Banco Davivienda
Resultado de imag
Se ha producido u
http://www.yahoo.
¡Ver mensaje!
Intranet
ORFEO, Módulo
Google
Zimbra:
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Para actualizar el registro concluya la sesión
gloria consuelo galvan malagon con el NIT 51943840 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
ES
09:36 a.m.
05/06/2018

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Bolivar	Malagon	Gloria Consuelo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51943840

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 15 MES 02 AÑO 1969

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá

MUNICIPIO: Cundinamarca

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cr 6° N° 30 A 27 Sur

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogota

TELÉFONO: 3219278693 EMAIL: gbolivar97@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										TITULO OBTENIDO: Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO Dic / 1986
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 1986
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Pregrado	8	X		Enfermera	30	2011	351943840

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clínica Juan N Corpas		X	Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	www.juannncorpas.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6865000	DÍA 11 MES 08 AÑO 2014.	DÍA 07 MES 01 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	Dpto Enfermería	Cra 111 # 159 A-61 Av Carp Km 5 Suba

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COSAD Clínica San Diego		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	www.clinicasandiego.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3208400	DÍA 01 MES 05 AÑO 2014	DÍA 10 MES 08 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	Dpto Enfermería	Dg 33 bis A # 14-37.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clínica San Francisco de Asís		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	www.clinicasanfrancisco.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3185328150 54	DÍA 01 MES 12 AÑO 2014	DÍA 14 MES 08 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera.	Dpto Enfermería	Cll 16 # 16-80

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	0	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá, 24 Agosto 2018

Gloria Bolivar

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACION JURAMENTADA

BIENES Y RENTAS

YO, Ulaeis Consuelo Bolivar Malagón

IDENTIFICADO CON: C.C. X 1 C.E. 2 T.I. 3 N° 51943840 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca	Bogotá

Dirección Cra 6 # 30A - 27 Sur Teléfonos 3219278693 - 9065856

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Diana Marcela Corredor Bolivar	1.023942312.	Hija
Daniela Corredor Bolivar	1013674077	Hija
Maria Paula Corredor Bolivar	1007379351	Hija.

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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
Bco Bogotá	Ahorros	026113911-0	20 de Julio	30.000=

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1. BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

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 ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

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

Nora C. Bolivar
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá - 24 ago/2018.
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
y en su nombre

EL COLEGIO COOPERATIVO
"MARIA AUXILIADORA"

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución
No. 9036 DEL 26 DE NOVIEMBRE DE 1975

CONFIERE A

Gloria Consuelo Bolivar Malagón

Identificado con T.I. No.690215-06656 de BOGOTA

el título de

BACHILLER ACADEMICO

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

Rector

Secretario

Dado en Bogotá *a* 6 *de* Diciembre *de* 1986

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:

Gloria Consuelo Bolívar Malagón

C.C. No. 51.943.840 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., 31 de enero de 2014

Rector

Secretario General

Director

Tomo 7 Folio 146 Registro 38687 Fecha: 31 de enero de 2014

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
y en su nombre

EL COLEGIO COOPERATIVO
"MARIA AUXILIADORA"

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución
No. 9036 DEL 26 DE NOVIEMBRE DE 1975

CONFIERE A

Gloria Consuelo Bolivar Malagón

Identificado con T.I. No.690215-06656 de BOGOTA

el título de

BACHILLER ACADEMICO

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

Rector

Secretario

Dado en Bogotá *a* 6 *de* Diciembre *de* 1986

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:

Gloria Consuelo Bolívar Malagón

C.C. No. 51.943.840 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., 31 de enero de 2014

Rector

Secretario General

Director

Tomo 7 *Folio 146* *Registro 38087* *Fecha : 31 de enero de 2014*

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

RADICACIÓN CORRESPONDENCIA DE SALIDA	
No. Radicación:	S-2016-198767
FECHA:	28/12/2016
No. Referencia:	F-2016-5496

Bogotá D.C., miércoles, 28 de diciembre de 2016

Señora
GLORIA CONSUELO BOLÍVAR MALAGÓN
Carrera 6 No. 30 A - 27 SUR Serafina
Teléfono: 2789502
Bogotá D.C..

Asunto: F-2016-5496 del 26/12/2016 - Solicitud Registro de Diploma

Respetada Señora:

Gentilmente, informo a usted que consultados los archivos físicos que se encuentran bajo la custodia de la Oficina Servicio al Ciudadano de la Secretaría de Educación, para responder su solicitud de registro del título de BACHILLER ACADÉMICO, existen los siguientes datos:

NOMBRE:	BOLÍVAR MALAGÓN GLORIA CONSUELO
INSTITUCIÓN:	COLEGIO COOPERATIVO MARÍA AUXILIADORA
TÍTULO:	BACHILLER ACADÉMICO
FECHA GRADUACIÓN:	diciembre 06 / 1986
FECHA DE REGISTRO:	julio 16 / 1987
LIBRO:	87
FOLIO:	38-B

Cordialmente,

DIANA CAROLINA RESTREPO VÉLEZ
Jefe Oficina de Servicio al Ciudadano

Proyectó y elaboró: Sandra Patricia Rodríguez Alarcón

Para verificar la validez de este Registro de Diploma ingrese a www.educacionbogota.edu.co opción SERVICIOS -> CONSULTE SU TRÁMITE con el RADICADO **S-2016-198767** y el código de verificación **KQ3BO**

Av. Eldorado No. 66 – 63
PBX: 324 10 00
Fax: 315 34 48
www.educacionbogota.edu.co
Información: Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 2215 Mineducación Dic. 9-83

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 657

En Bogotá D.C., el 31 de enero de 2014 a las 11:00 horas, convocados por Resolución Nacional 001 del 29 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON** con cédula de ciudadanía Número 51943840 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 7, Folio 146, número 38637

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector Representante Legal, Carácter Nacional
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS. Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 31 de enero de 2014.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
SECRETARÍA GENERAL

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

FUNDACIÓN INSIMED
Instituto de Simulación Médica

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

C.C. No. 51943840

Ha participado en el Curso de:

REANIMACIÓN NEONATAL

Realizado en La Fundación INSIMED el día 20 de Mayo de 2017, con una intensidad de 8 horas Teórico Prácticas.

Bogotá, D.C.

Guillermo Ortiz M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clínica –
Center For Medical Simulation

Nº 4329

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

Abbott Nutrition

LA FACULTAD DE ENFERMERIA Y LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA
DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A

GLORIA CONSUELO BOLÍVAR MALAGÓN

C.C. 51943840

Quién participó y cumplió los requisitos académicos establecidos para el

DIPLOMADO VIRTUAL PARA ENFERMERÍA, NUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

Intensidad 96 Horas

Bogotá D.C., Septiembre 26 de 2016 – Diciembre 09 de 2016

Dra. Rita Cecilia Plata de Silva
Decana Facultad de Enfermería
Universidad El Bosque

Dra. Yira Liliana Torres
Directora Diplomado
Universidad El Bosque

Dra. María del Rosario Bozón González
Directora Educación Continuada
Universidad El Bosque

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON
C.C. 51.943.840

ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCION 459 DE 2012 Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCION 1441 DE 2013 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 05 DE SEPTIEMBRE DE 2017
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

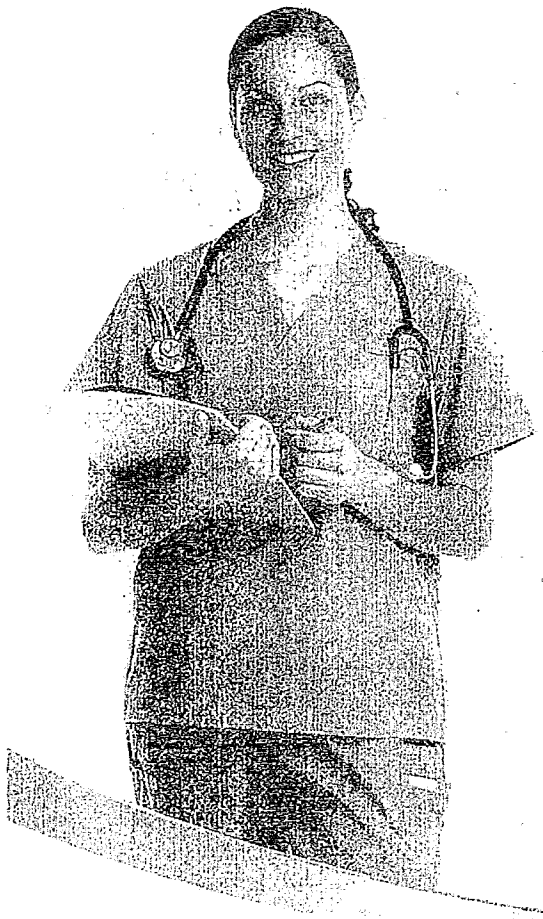
Daniel Moreno
C.C. 1032479316

DANIEL MORENO
COORDINADOR

CIELO VASCO TOVAR
PSICOLOGA

SEDE PRINCIPAL cra 87 j cl 61 – 04 sur Bosa La Libertad Bogotá DC
Cel 3057639865
Email scesbogota@hotmail.com

C.E.No. A0236



Nestlé Nutrition Institute

Certifica que:

Gloria Bolivar Malagon

Asistió al Simposio Regional de Enfermería NESTLÉ 2017

Wilson Daza Carreño MD, MSC
Gastroenterólogo y Nutriólogo Pediatra
Director Médico Nestlé Nutrition Institute

Ciencia para una Mejor Nutrición

FUNDACIÓN INSIMED
Instituto de Simulación Médica

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

C.C. No. 51943840

Ha participado en el Curso de:

REANIMACIÓN NEONATAL

Realizado en La Fundación INSIMED el día 20 de Mayo de 2017, con una intensidad de 8 horas Teórico Prácticas.

Bogotá, D.C.

Guillermo Ortiz M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clínica –
Center For Medical Simulation

Nº 4329

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

Abbott Nutrition

LA FACULTAD DE ENFERMERIA Y LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA
DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A

GLORIA CONSUELO BOLÍVAR MALAGÓN

C.C. 51943840

Quién participó y cumplió los requisitos académicos establecidos para el

DIPLOMADO VIRTUAL PARA ENFERMERÍA, NUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

Intensidad 96 Horas

Bogotá D.C., Septiembre 26 de 2016 – Diciembre 09 de 2016

Dra. Rita Cecilia Plata de Silva
Decana Facultad de Enfermería
Universidad El Bosque

Dra. Yira Liliana Torres
Directora Diplomado
Universidad El Bosque

Dra. María del Rosario Bozón González
Directora Educación Continuada
Universidad El Bosque

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON
C.C. 51.943.840

ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCION 459 DE 2012 Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCION 1441 DE 2013 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 05 DE SEPTIEMBRE DE 2017
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

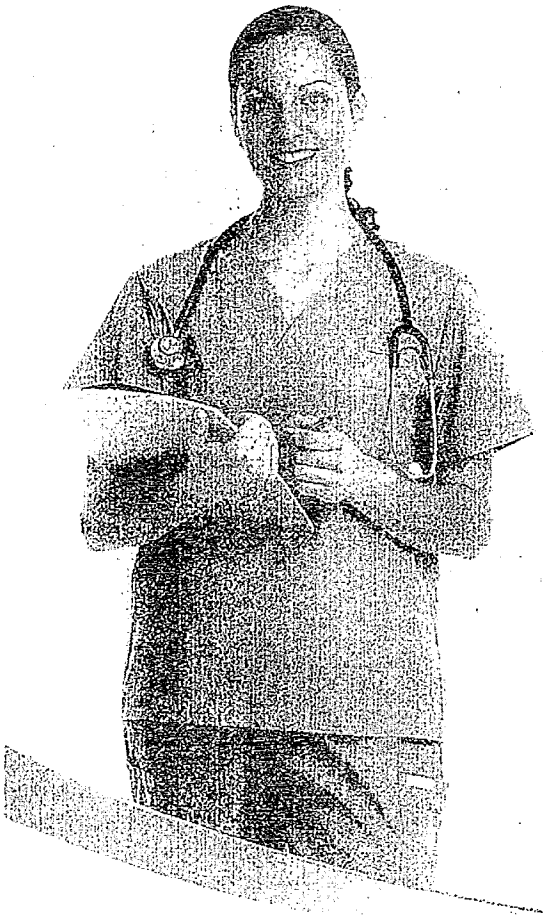
Daniel Moreno
C.C. 1032479316

DANIEL MORENO
COORDINADOR

CIELO VASCO TOVAR
PSICOLOGA

SEDE PRINCIPAL cra 87 j cl 61 – 04 sur Bosa La Libertad Bogotá DC
Cel. 3057639865
Email scesbogota@hotmail.com

C.E.No. A0236



Nestlé Nutrition Institute

Certifica que:

Gloria Bolivar Malagon

Asistió al Simposio Regional de Enfermería NESTLÉ 2017

Wilson Daza Carreño MD, MSC
Gastroenterólogo y Nutriólogo Pediatra
Director Médico Nestlé Nutrition Institute

Ciencia para una Mejor Nutrición

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Área Andina

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

REF. autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Olbis Conrado Bolivar Molina 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 solo 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 cuanto 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

No. de documento: 51.943840

Tarjeta profesional No: 51943840.

Dirección de contacto: Cra 6 # 30A-02 Sur

Teléfono: 3219875692

CLINICA JUAN N. CORPAS

NIT. 830113849-2

EL JEFE DE RELACIONES LABORALES Y CONTRATACIÓN

CERTIFICA:

Que BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO, con cédula de ciudadanía No. 51943840, trabajo con contrato a término indefinido desde el 11-ago-14 y hasta el 07-ene-16, ocupando el cargo de:

ENFERMERA JEFE

Que su ingreso mensual fue de $ 1995500 moneda legal colombiana.

FUNCIONES REALIZADAS:

1. Supervisar la hora de llegada y salida del personal de enfermería de turno.
2. Informar por escrito a la jefatura del servicio de enfermería o al encargado de la coordinación aquellas novedades ocurridas del personal a su cargo y los equipos entregados.
3. Asignar turnos y tareas específicas a las auxiliares de enfermería a su cargo.
4. Participar en la docencia y evaluación de los estudiantes de convenios durante su rotación por enfermería.
5. Recibir y entregar turno verbalmente y por escrito según corresponda.
6. Supervisar el registro de notas de enfermería, signos vitales, medicamentos y líquidos administrados y eliminados.
7. Tomar muestras para exámenes de laboratorio.
8. Programar y supervisar que se lleve a cabo la preparación de los pacientes para exámenes especiales o que serán sometidos a cirugía.
9. Informar oportunamente al médico sobre cambios ocurridos en la evolución clínica de los pacientes a su cargo.
10. Asistir al médico en procedimientos especiales y en código rojo y/o azul según protocolo establecido.
11. Dar la instrucción a los pacientes y a sus familiares sobre los cuidados que deben seguir en casa.
12. Planear y programar el cuidado de los pacientes de acuerdo a su estado clínico y órdenes médicas.
13. Realizar los procedimientos de enfermería de acuerdo al manual establecido.
14. Programar los horarios para administración de medicamentos y realizar el respectivo registrd.

Carrera 111 No. 159-A-61 Suba - Bogotá D. C. - Colombia
Teléfono 686 50 00 Ext. 271, FAX 686 50 00 Ext. 271

15. Recibir los pacientes que ingresan al servicio durante el turno, asignando una auxiliar de enfermería para su cuidado y verificar el porte de la manilla de identificación.

16. Informar al médico encargado sobre el ingreso de pacientes.

17. Supervisar el desempeño de las actividades del personal auxiliar en lo referente al cuidado directo de los pacientes.

18. Mantener y asegurar la estricta técnica aséptica en cada una de las actividades de enfermería.

19. Diligenciar oportunamente reporte de posibles eventos por sistema a programa clínica corpas Segura.

20. Dar las indicaciones y proveer de los elementos requeridos para mantener las medidas de protección de los pacientes que así lo tengan indicado.

21. Supervisar que se realicen las actividades de acuerdo al "Cronograma de asignación de aseo del servicio".

22. Supervisar el arreglo del cadáver y su traslado a la morgue.

23. Vigilar que las venopunciones sean marcadas con fecha, hora, calibre del catéter y firma, velar por los cambios oportunos de acuerdo al procedimiento.

24. Realizar el pedido de elementos necesarios para el servicio de acuerdo a la programación establecida.

25. Supervisar que el personal a su cargo entregue y reciba el inventario de las habitaciones, durante el ingreso y egreso de los pacientes según procedimiento establecido.

26. Realizar cambio en sistema según traslado de pacientes de habitación o servicio.

27. Realizar inventario del carro de pare del servicio a su cargo.

28. Actualizar los datos y estado de cada paciente en la hoja de recibo y entrega de turno. Constatar que los pacientes que ingresan al servicio hayan realizado los trámites pertinentes para su hospitalización.

29. Organizar y tramitar la historia clínica para la salida de pacientes, supervisando que se cumplan los requisitos. Solicitar la boleta de salida y verificar que contenga el sello de paz y salvo antes del egreso del paciente.

30. Realizar, vigilar y asegurar que se realice el pedido de medicamentos y elementos de la Farmacia en dosis y cantidad suficiente para suministrar durante las 24 horas y a cada paciente.

31. Hacer registro estadístico de los pacientes que egresan del servicio a su cargo.

32. Llevar registro de historias clínicas que se trasladan a la secretaria de piso para tramitar la salida.

33. Llevar registro de las muestras que se entregan en el Laboratorio.

Carrera 111 No. 159-A-61 Suba - Bogotá D. C. - Colombia
Teléfono 686 50 00 Ext. 271, FAX 686 50 00 Ext. 271

NIT. 830113849-2

34. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con la naturaleza del cargo.

35. Cumplir con la misión, visión, valores corporativos y demás políticas, normas y lineamientos que determine la Dirección General y Gerencia.

Atentamente,

PEDRO SAMUEL HERNANDEZ PINEDA
Jefe de Relaciones laborales y contratación

Carrera 111 No. 159-A-61 Suba - Bogotá D. C. - Colombia
Teléfono 686 50 00 Ext. 271, FAX 686 50 00 Ext. 271

Centro de Investigaciones
Oncológicas
Clínica San Diego S.A.S.

Tratamiento Integral del Cáncer

CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS
CLINICA SAN DIEGO CIOSAD S.A.S
NIT 830.099.212-1

CERTIFICA QUE

La señora GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON, identificada con c.c 51.943.840 de Bogotá, prestó sus servicios como JEFE ENFERMERA, en convenio por prestación de servicios desde el 25 de Marzo de 2014 hasta el 30 de Abril de 2014, sin que esto haya generado vinculo aboral entre las partes.

Se expide la presente certificación a los nueve (09) días del mes de Marzo de 2015 a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

MILTON CESAR BAUTISTA BOTELLO
DIRECTOR DETALENTO HUMANO
TEL 3208400 EXT 127

- Educar al personal auxiliar.
- Llenar libro de entrega de turno.
- Buscar camas para pacientes que puede hospitalizar.
- Controlar el ingreso de pacientes al servicio.
- Asistir a procedimientos médicos.
- Hacer inventario de carro de paro.
- Tener la disponibilidad para cualquier requerimiento adicional que necesite la Dirección Médica.

Se expide la presente certificación a los nueve (09) días del mes de Marzo de 2.016 a solicitud de la Interesada.

Cordialmente,

MILTON CESAR BAUTISTA BOTELLO
DIRECTOR DETALENTO HUMANO
TEL 3208400 EXT 127

CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS
CLINICA SAN DIEGO CIOSAD S.A.S
NIT 830.099.212-1
CERTIFICA QUE

La señora **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON**, identificada con c.c. 51.943.840 de Bogotá, laboro en nuestra institución de la siguiente manera:

CARGO	Jefe de Enfermería
TIPO DE CONTRATO	Indefinido
FECHA DE INGRESO	01 de Mayo de 2014
FECHA DE RETIRO	10 de Agosto de 2014

El colaborador realizo las siguientes funciones:

- Recibir y entregar turno en revista.
- Asignar las actividades al personal.
- Participar activamente en la revista.
- Administrar medicamentos.
- Revisar Historias Clínicas.
- Controlar la reserva de medicamentos.
- Llenar la carpeta de epidemiología.
- Reportar los daños de equipos.
- Tramitar exámenes fuera de la clínica.
- Iniciar transfusiones sanguíneas.
- Iniciar infusiones de Quimioterapia.
- Asistir a código azul.
- Reportar el cambio en la nutrición del paciente.

Clínica San Francisco de Asís

TH-ASIS-R-147

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 51.943.840, estuvo vinculada en nuestra institución mediante contrato por prestación de servicios como JEFE DE ENFERMERIA UCI N, tuvo dos contratos el primero desde el 07 de Abril de 2014 hasta el 8 de agosto de 2014 y el segundo
desde el 01 de Diciembre de 2014 hasta el 14 de Agosto de 2015.

Tenía las siguientes actividades:

1. Cumplir con los horarios definidos por la clínica San Francisco de Asís, para el desarrollo de las actividades dirigidas al cuidado del paciente.
2. Liderar las actividades de enfermería encaminadas al cuidado integral del paciente.
3. Organizar, vigilar, controlar y hacer seguimiento al tiempo y las actividades realizadas al personal auxiliar de enfermería a su cargo.
4. Participar activamente en la ronda de enfermería de recibo de turno al ingreso y entrega al finalizar el tiempo que comprende la realización de actividades programadas para cada día.
5. Realizar todas las actividades relacionadas con el cuidado del paciente; con calidad, humanidad y ética.
6. Diligenciar los registros en la historia clínica de acuerdo con la periodicidad y contenidos definidos en las actividades específicas a realizar.
7. Acogerse a los protocolos, procesos, procedimientos, guías y demás documentos que soporten las actividades encaminadas al cuidado de la salud de los pacientes de la institución.
8. Participar activamente en actividades de capacitación y/o educación continuada que establezca la coordinación para el fortalecimiento y desarrollo del personal.
9. Aplicar adecuadamente los criterios de aislamiento de acuerdo al protocolo institucional.
10. Desempeñar las demás funciones asignadas por el supervisor de contrato o coordinador del departamento de enfermería.
11. Realizar registros de enfermería (notas de enfermería, notas administrativas, administración de medicamentos, etc.) en la historia del paciente hospitalizado cumpliendo con lo establecido en la resolución 1995 de 1999. Dichos registros no podrán ser ingresados a la historia clínica con más de dos hora de lo observado.
12. Rotular de manera correcta todos los elementos que nos ayuden a la adecuada identificación del paciente.

Teléfonos: (571) 519 0707 318 532 8150/54
Calle 16 # 16-80 Bogotá D.C., Colombia

Clínica San Francisco de Asís

13. Presentarse con su nombre claro ante el paciente y familiar al ingresar a la habitación o unidad del paciente.
14. Ofrecer una atención con calidez y con sentido humano.
15. Emplear medidas encaminadas a propender por la seguridad del paciente tales como revisión de guías y protocolos de manejo, que brinden la orientación para la prevención de eventos adversos, tales como: lavado de manos, camas con medidas de seguridad orientadas para la prevención de lesión de piel y caídas, verificar que se realice acompañamiento de pacientes en la deambulación de acuerdo al estado de este, adecuado manejo de accesos venosos invasivos, movilización del paciente, etc.
16. Notificar los riesgos y eventos adversos que se presenten durante la atención, aún en los casos en que no hayan ocurrido en su propio turno.
17. Realizar valoración de enfermería al paciente y participar con criterio científico durante la revista médica.
18. Informar cada hallazgo positivo o negativo identificado en el paciente al médico general o especialista.
19. Iniciar masaje cardiaco en el momento de identificar asistolia en un paciente y gritar código azul.
20. Preparar y/o administrar medicamentos y mezclas al paciente, teniendo en cuenta los 5 correctos (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, hora correcta y vía correcta).
21. Custodiar medicamentos controlados almacenándolos en un recipiente claramente marcado con los datos del paciente (nombre y apellido, número de identificación y número de cama).
22. Hacer curaciones (catéter central, líneas arteriales, tubo a tórax, heridas de gran extensión, por orden específica de médico o que ameriten un cuidado especial).
23. Iniciar nutrición parenteral teniendo en cuenta: orden médica y continuidad de esta, garantizar el acceso venoso adecuado, de acuerdo con la osmolaridad de la nutrición.
24. Revisar evolución y órdenes médicas durante el turno.
25. Cumplir con los criterios de aislamiento y medidas para prevención de infecciones institucionales.
26. Reportar a la coordinación de enfermería las inasistencias, mal desempeño, mal comportamiento y llagadas tardes del personal auxiliar de enfermería y camillero.
27. Cumplir con los manuales, protocolos, guías, instructivos y en general los documentos de su competencia.

Se expide la presente a solicitud del interesado a los Tres (03) días del mes de Diciembre de 2015.

Cordialmente,

Clínica San Francisco de Asís
COORDINACION DE TALENTO HUMANO

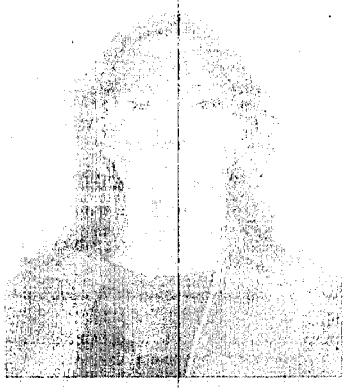
MARY LUZ GUALTEROS FONTECHA
Coordinadora de Talento Humano

Teléfonos: (571) 519 0707 318 532 8150/54
Calle 16 # 16-80 Bogotá D.C., Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.943.840**
BOLIVAR MALAGON
APELLIDOS
GLORIA CONSUELO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1969
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-MAY-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00155391-F-0051943840-20090429 0011132300A 1 1540030798

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUT

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14467854587

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5194384 0 | 6. DV: 2

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13

26. Número de Identificación: 51943840

27. Fecha expedición: 19870518

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 169

29. Departamento: Bogotá D.C. 11

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido: BOLIVAR

32. Segundo apellido: MALAGON

33. Primer nombre: GLORIA

34. Otros nombres: CONSUELO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 169

39. Departamento: Bogotá D.C. 11

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 6 30 A 25 SUR BRR SERAFINA

42. Correo electrónico: gbolivar97@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 9065856

45. Teléfono 2: 3219278693

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código:	52. Número establec. propios
8692	2014 01 31	8699	2014 01 31				

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:	2	0																								

54. Obtención NIT:

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2018 05 08

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 16 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 08-05-2018
Hora: 3:29:40 PM

CONTRIBUYENTE CC 51943840 GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

Información

Dirección	KR 6 30 A 25 SUR
Telefonos	9065856-3219278693
Dirección	gbolivar97@gmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	08/05/2018
Soporte Inscripción	13138869
Fecha Inicio Actividades	20/09/2010
# 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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

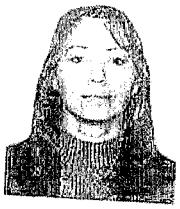
Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN UNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 51.943.840
ENFERMERA
GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
BOGOTA D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 31/01/2014
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 19/01/2016

Creación: 19/01/2016

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 3501 *de* 18/03/2014

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO 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) BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO identificado(a) con CC número 51943840 expedida en BOGOTA D.C. ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 31/01/2014, acta de grado Nro. 657, Diploma Nro. 38637 y registrado en el libro 7 Folio 146 año 2014.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 274 del 09 de diciembre de 2011 y 566 de 16 del marzo de 2012, del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 17/01/2014.

Que el(la) señor(a)BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria 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 BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO identificado(a) con CC número 51943840 expedida en BOGOTA 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.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **18/03/2014**

ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó : Isabel Cristina Arturduaga.
Revisó : Andrea Casas Vargas / Carmen Rosa Gallego
Elaboró : Victor Sánchez

Bogotá, D.C 23- ABR -2014
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Gloria Bolivar
CC. # 51.943840
Firma Gloria Bolivar

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 NTCGP 1000

BOGOTÁ HUMANA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 24-05-2018 08:16:51
Al Contestar Cite Este No.:2018EE53906 O 1 Fol:1 Anex:0 Rec:1
ORIGEN: 022000.DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE S
DESTINO: PERSONA PARTICULAR/GLORIA CONSUELO BOLIVA
TRAMITE: OFICIOS-RESPUESTA
ASUNTO: RADICADO 2018ER37893

022000
Bogotá D.C.

Señora
GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON
Gbolivar97@gmail.com

Asunto: Respuesta Radicado 2018ER37893 18 05 2018

Cordial saludo.

De acuerdo a su solicitud, envio copia de la resolución 3501 del 18 08 2014, "*por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional* ", a la señora GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON, identificada con cc número 51943840, para el ejercicio profesional como enfermera.

Cordialmente,

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Elaboró: Gloria G.

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 *

Cedula de Ciudadanía

Número de Identificación *

51943840

Primer Nombre *

gloria

Primer Apellido *

Bolivar

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	51943840	GLORIA	CONSUELO	BOLIVAR	MALAGON	Ver

Información Detallada [CC: 51943840] GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	ENFERMERIA	2016/1/19	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **GLORIA CONSUELO BOLÍVAR MALAGÓN** identificada con la cédula de ciudadanía número 51.943.840, 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 mayo del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gloria C.

Apellidos: Bolivar

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 51943840

Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes 2 Año 1969

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

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gloria Consuelo

Apellidos: Bolivar Munoz

Documento de Identidad: CC X TI PASA PORTE No. 51943840

Fecha de Nacimiento: Día: 15 Mes: 02 Año: 1969

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

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gloria C.

Apellidos: Bolivar M.

Documento de Identidad: CC X TI PASA PORTE No. 51943840

Fecha de Nacimiento: Día: 15 Mes: 02 Año: 1969

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			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

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

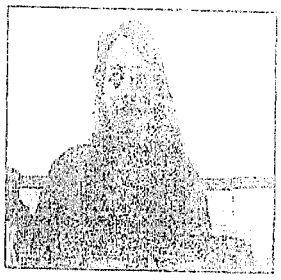
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
AHINI	Mayo 13/2010	Unica	H.S.C.	

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 11-may-2018 HORA 07:49:53
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO



INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Gloria Consuelo Bolivar Malagon
Edad 49 años 2 meses 27 dias
Documento de Identificación: CC Número: 51943840
Cargo ENFERMERA

RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO :

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones MEDICINA PREVENTIVA: 1/ Siempre utilizar los elementos de protección personal que se requieran para la labor que va a ejercer: tapabocas, guantes y bata quirúrgica. 2/ Conocer y aplicar adecuadamente los protocolos de bioseguridad. 3/ Realizar cambios de posición frecuentemente en el puesto de trabajo. 4/ Implementar en el puesto de trabajo el programa de pausas activas con el fin de disminuir el estrés, la fatiga y el cansancio originados por los movimientos repetitivos y posiciones prolongadas. 5/ Lavado correcto de las manos. AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO: Normal / OSTEOMUSCULAR: Normal. REMISION A EPS?: NO
Texto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Aptitud Especifica:

- [ ] vehiculos pesados
- [ ] Equipos móviles de superficie
- [ ] Manejo de sustancias peligrosas
- [ ] Manejo de materiales fundidos
- [ ] Guardas de equipos
- [ ] Aislamiento y/o inmersión
- [ ] Trabajos de altura
- [ ] Operaciones de levante y manipulación de carga
- [ ] Manipulación de alimentos

Tipo de Restriciones:

- [ ] Trabajos en sitios de altas temperaturas
- [ ] Trabajos en sitios de bajas temperaturas
- [ ] Ruido por encima de 85 db
- [ ] Trabajos por turnos
- [ ] Exposición a la luz solar directa
- [ ] Exposición a material particulado y/o gases
- [ ] Exposición a radiacón ionizante
- [ ] Trabajos en espacios confinados
- [ ] Posición sedente o bipeda prolongada
- [ ] Subir y bajar escaleras
- [ ] Movimientos repitifivos
- [ ] Vibración
- [ ] Manipulación de cargas
- [ ] Tareas de agarre
- [ ] Alcances por encima del nivel de la cabeza
- [ ] Agacharse, ponerse en cuclillas o voltearse repetidamente
- [ ] Manipulación de alimentos

Examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		Trabajador		
Firma		Firma		Huella
Nombre:	JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA	Nombre:	Gloria Consuelo Bolivar Malagon	
	Lic.SO: 15344	CC N°	51943840	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Compromiso de actualización y entrega de documentos	**Código**	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** **Fecha:**

Bogotá, D.C, 27 (día) de Agosto (mes) de 2018 (año).

Yo Gloria Consuelo Bolivar Malagon identificado/a con CC No. 51943840, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): Soporte Vital Básico,

para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha máxima 03- Sep/2018.

Estoy informado/a que el pago del mes inmediatamente posterior a la fecha límite, está sujeto al cumplimiento del presente compromiso.

Cordialmente,

Firma: Gloria C. Bolivar

Correo de contacto: gbolivar97@gmail.com

Dirección de contacto: Cra 6 # 30A-27 Sur

Teléfono: 3219278693

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

c.c. 51.943.840

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de Julio de 2016.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S. O. S.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

3364

SOPORTE VITAL BASICO

URGENCIAS & EMERGENCIAS

Educación Informal de acuerdo a Decreto
4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

Expedición: 15/07/2016
Vencimiento: 15/07/2018

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

TEL: 8069582 / CEL: 3192978634 / www.capacitacionessos.net

SOPORTE VITAL BASICO

Proveedor / **B.L.S**

C.C.: 51.943.840

Esta credencial acredita que la persona mencionada ha participado en el curso BLS, el cual sigue los [illegible] por la **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, en cumplimiento de la [illegible]

FUMEFI SAS
EDUCACION CONTINUADA

"FORMACION DE SERES INTEGRALES
PARA RECONTRUIR EL TEJIDO SOCIAL"

NIT.900.806.660-6
EDUCACION INFORMAL
SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 DECRETO 114 DE 1996
LEY 2887 DEL 2007

ACTA N° 014

El Día **02** del mes de **DICIEMBRE** de **2016**. Se reúne el suscrito Gerente, con instructores encargados, para verificar el pensum académico y la asistencia del participante al curso de **SOPORTE VITAL AVANZADO**, en las competencias:

- SISTEMA DE EMERGENCIAS.
- NORMATIVIDAD DE AMBULANCIAS.
- VALORACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA
- REANIMACIÓN CEREBRO CARDIOPULMONAR AVANZADA
- DESFIBRILACIÓN Y ELECTRO CARDIOGRAFÍA EN PARO CARDIO RESPIRATORIO (PCR)
- ALGORITMO DE ATENCIÓN PARA EVENTO CEREBRO VASCULAR ,SÍNDROME CORONARIO AGUDO
- FARMACOLOGÍA EN REANIMACIÓN AVANZADA
- MANEJO AVANZADO EN LA VIA AÉREA (ENTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL)

Verificando la asistencia y evaluación del curso certifica que el participante **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON** con cedula de ciudadanía N° 51.943.840 de Bogotá Asistió y Aprobó el curso de **SOPORTE VITAL AVANZADO** con una intensidad de **48** horas teórico- práctica.

Dado en Bogotá D.C. a los 02 días del mes de Diciembre de 2016.

Se firma como aparecen.

HECTOR MANUEL CHALA
Gerente

DR. CAMILO REY PEREZ
RM 14858
Médico cirujano

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

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

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

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

FECHA: 22/03/18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distigiudo Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bolivar	Malagon	Gloria	Consuelo

TIPO DE IDENTIFICACION				No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	51943340	Bogota	18-05-86
PASAPORTE ☐	OTRO ☐ *			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
15-02-69	Bogota	Colombia	Colombiano.

ESTADO CIVIL					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☒	VIUDO(A) ☐	1	3	3219278693

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION U OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL:	Enfermero

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 67-30-27 Sur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	9065856

CORREO ELECTRONICO	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
gbolivar7@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. ☐	

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

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ OTRO ☐ # NIT:

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$0	TOTAL EGRESOS	$0	TOTAL ACTIVOS	$0	TOTAL PASIVOS	$0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No familiares, ni personal vinculado al cliente o contraparte relacionable por Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rodriguez	Mendivelso	Hellen	Enrice
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Cll 14 # 108-97	Bogotá	Amiga	3157143067

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bco Bogotá	Tarjeta Debito	0611391-0	20 de Julio	3820000

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 ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

Enfermera

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS:

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

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 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 prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, [illegible])*

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

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

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

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

Gloria C. Bolivar M.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE LA 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 Cedula:			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION		
1. Fecha	2. Ciudad:	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificacion:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cedula:		

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 51943840
NOMBRES Y APELLIDOS	Bolivar Malagon,Gloria Consuelo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	02/05/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Bolivar Malagon,Gloria Consuelo, a los 27 días del mes de agosto del año 2018.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

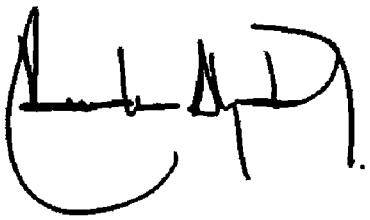
porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **51,943,840**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Agosto de 2018.



Gerente de Clientes

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51943840		Sura	
Numero de Documento		ARL	
Gloria	Consuelo	Bolivar	Malagon
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
15/Febrero/1969	Bogota	Cra 6 N° 30 A 27 Sur	9065856
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Sanitas	Porvenir	$2'400.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Enfermera			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
gbolivar96@gmail.com		3219278693	
Correo Electrónico		Celular	
Firma del Afiliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 114118105

WEB
12:51:16

Bogotá DC, 22 de agosto 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) GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51943840:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA 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 miércoles 22 de agosto de 2018, a las 12:49:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51943840
Código de Verificación	51943840180822124939

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

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

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2398532

Bogotá D.C., 22 de Agosto de 2018 - 12:58 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA**

51943840

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_JCQZ_5812
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:55:32 horas del 22/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **51943840**
Apellidos y Nombres: **BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

Banco de Bogotá

NIT.860.002.964-4
Calle 26 No. 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que BOLIVAR MALAGON ,GLORIA CONSUELO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 51.943.840 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 026113910, abierta/o desde el 20/03/2014.

Se expide en Bogota el día 17 del mes de Mayo del año 2018

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO