Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correpondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
52038725	CLAUDIA RODRIGUEZ	16/11/2017 07:07:01 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	16/11/2017 07:07:01 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RODRIGUEZ	VALERO	CLAUDIA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52038725	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 18 MES SEP AÑO 1971	diag 69 d # 18 108 sur
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.
DEPTO Bogotá D.C.	CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7619094
CIUDAD Bogotá D.C.	EMAIL claudita7118@yahoo.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES MAYO AÑO 2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2002	52038725

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-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 CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionalusuario@subred.com	
TELÉFONOS: 5961020	*FECHA DE INGRESO*: DIA 27 MES 11 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: general	*DIRECCIÓN*: dg 39 sur n 3-20	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: sub red sur hospital vista hermosa	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hospitalvistahermoza@hotmail.com	
TELÉFONOS: 730000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: general	*DIRECCIÓN*: carrera 20 n 47 b 35 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	12	7
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	12	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

Bogota 18 Dic 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Claudia Patricia Rodriguez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52038725 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección diag 69 d # 18 108 sur **Teléfonos** 3005861378 7619094

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 12.500.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 12.500.000,00

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	102618675	san antonio	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Claudia Rodriguez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa Distrital
Confederación Brisas del Diamante

Aprobado por la Secretaría de Educación del Distrito Capital mediante Resolución de Unificación No. 3189 de 02 de Octubre de 2002

Confiere a:

Claudia Patricia Rodríguez Valero

C.C. No. 52.038.725 de Bogotá D.C.

El Título de:

Bachiller Académico

Con Enfasis en:

Convivencia Pacifica

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica y Media de acuerdo al Programa Especial de Educación Básica y Media para la Convivencia Pacifica aprobado mediante la Resolución No. 3000 de 1996 y 3370 de 2001 del M.E.N.

Héctor Raúl Hortúa Camargo
C.C. No. 11.375.050 de Fusagasuga
Rector

Claudia Patricia Cubillos Ruiz
C.C. No. 52.049.877 de Bogotá
Secretaría Académica (para el programa)

Anotado al Folio No. 011 Libro de Registro No. 01

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL CONFEDERACIÓN BRISAS DEL DIAMANTE

Código DANE 51100100443

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.C. A los 15 días del mes de Mayo 2004, se reunieron el Rector y la Secretaría Académica para el programa de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL CONFEDERACIÓN BRISAS DEL DIAMANTE,** aprobada por la Secretaría de Educación del Distrito Capital en los niveles de preescolar, básica y media académica mediante Resolución de integración No. 3189 del 02 de octubre de 2002, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del programa especial de **EDUCACIÓN BÁSICA PARA LA CONVIVENCIA PACÍFICA**, aprobada mediante resolución No. 3000 de 1996, y 3370 del 2001 del Ministerio de Educación Nacional.

Después de comprobada la situación legal y académica definitiva de cada uno de los estudiantes procedieron a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO
CON ENFASIS EN
CONVIVENCIA PACÍFICA

Al graduando cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Claudia Patricia Rodríguez Valero

C.C. No. 52.038.725 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del acta general No. 002 del 15 de Mayo del 2004 que consta de 190 estudiantes que comienzan con el nombre de **ABRIL GARCÍA SANDRA PIEDAD** y se cierra con el nombre de **ZULETA OROZCO DORA** firmado por **HÉCTOR RAÚL HORTÚA CAMARGO** (Rector) y **CLAUDIA PATRICIA CUBILLOS RUÍZ**, Secretaria Académica (Para el programa).

HÉCTOR RAÚL HORTÚA CAMARGO
RECTOR
C.C. No. 11.375.050 de Fusagasuga

Firma _____

CLAUDIA PATRICIA CUBILLOS RUIZ
SECRETARIA ACADÉMICA (Para el Programa)
C.C. No. 52.049.877 de Bogotá

Firma _____

La Republica de Colombia
y en su nombre

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No.31 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No.1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de educación de Santafe de Bogotá D.C.

Que: Rodríguez Valero Claudia Patricia

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley
Con una intensidad de 1800 horas.

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico

AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESCUELA DE SALUD
FUSDESA
PRESIDENTE

Presidente
Roberto Galindo G.

FUSDESA
DIRECTOR
ACADEMICO

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramirez

Dado en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de Diciembre de 2002
Anotado en el folio 571 del libro 04 del Registro de Fusdesa

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y licencia de funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 008

En Bogotá, D.C. El día 20 de Diciembre del año dos mil dos (2002), se reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, El Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el cuerpo de docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 571

Rodríguez Valero Claudia Patricia

C.C. 52.038.725 de Bogotá

El certificado que lo (a) acredita como:

Aptitud Ocupacional Técnico Auxiliar de Enfermeria

Por haber cumplido todos los requisitos académicos y las prácticas hospitalarias reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Veintiún (21) días del mes de Diciembre del año dos mil dos (2002)

ESCUELA DE Salud
FUSDESA
PRESIDENTE

Presidente
Roberto Galindo G.

FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramírez

Fundesalud

Centro Médico Integral

NIT 52 827 419-1

Certifica:

Que: *Rodríguez Claudia Patricia*

Asistió al curso Básico de

Tripulacion A.P.H. en Ambulancia

Con una intensidad de 40 horas

NANCY GALINDO GOMEZ
GERENTE

PEDRO NEL PEREZ ARDILA
DIRECTOR CIENTIFICO

U.S.V. ACCION
INSTRUCTOR

Dado En Bogotá. D.C. A Los 2 Días Del Mes De Diciembre De 2006

Annar Diagnóstica Import

CERTIFICA QUE

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ

No. de Identificación: 52038725

Participo y Aprobó la Capacitación:

TOMA DE MUESTRAS EN FASE PRE-ANALÍTICA

Llevada a cabo los días 05 y 06 de abril de 2016

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Expedido y firmado en Bogotá, a los 06 días del mes de Abril de 2016

Dra. María Fernanda Hernández
Jefe de Producto
Annar Diagnóstica Import

Dra. Juanmilla Pava Lozada
Gerente (E)
Hospital Vista Hermosa I Nivel

Dra. Gloria Inés Soto
Bacterióloga
Hospital Vista Hermosa I Nivel

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

El Equipo de Fortalecimiento a la Inclusión del **Proyecto 721**, Atención Integral a Personas con Discapacidad, sus Familias, Cuidadores/as "Cerrando Brechas" de la Secretaría Distrital de Integración Social

Hace un
RECONOCIMIENTO A:

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO

CC ***52.038.725***

Por su participación en procesos de sensibilización y promoción de la Lengua de Señas Colombiana

María Patricia Sarmiento
Coordinadora del Proyecto 721

Walter Acosta Barreto
Director Distrital de Servicio a la Ciudadanía

DIS-CAPACIDAD
"Cerrando Brechas"

BOGOTÁ
HUMANA

Secretaría SALUD

Tercer Congreso "Auxiliares de Enfermería con humanización y calidad en los servicios de salud"

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

certifica que

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO

asistió al Tercer Congreso "Auxiliares de Enfermería con humanización y calidad en los servicios de salud", celebrado en el Auditorio Centro de Convenciones, Compensar, los días jueves 2 y viernes 3 de noviembre de 2006 en la ciudad de Bogotá, D.C. - Colombia con una intensidad de 16 horas.

Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario de Despacho
Secretaría Distrital de Salud

Sandra Liliana Bautista López
Director Operativo de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano de la Secretaría Distrital de Salud

Curso / Taller

CERTIFICADO

de

"Toma de Muestras e Inserción de Catéter Intravenoso"

Otorgado a

CLAUDIA RODRIGUEZ

C.C. 52.038.725

AUX. ENFERMERIA

Intensidad: 4 Horas

Abril – Mayo de 2014

Hospital Vista Hermosa I Nivel
Empresa Social del Estado

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BD

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO
Gerente Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E

JUAN CARLOS CORREA SANCHEZ
Especialista de Producto BD Medical

MARIA DEL PILAR RODRIGUEZ
Especialista de Producto BD PAS

annar
Diagnóstica Import

CERTIFICA QUE

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ

No. de Identificación: 52038725

Participo y Aprobó la Capacitación:

TOMA DE MUESTRAS EN FASE PRE-ANALÍTICA

Llevada a cabo los días 05 y 06 de abril de 2016

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Expedido y firmado en Bogotá, a los 06 días del mes de Abril de 2016

Dra. María Fernanda Hernández
Jefe de Producto
Annar Diagnóstica Import

Dra. Jeannette Báez Laguna
Gerente (E)
Hospital Vista Hermosa I Nivel

Dra. Gloria Inés Gallo
Bacterióloga
Hospital Vista Hermosa I Nivel

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

El Equipo de Fortalecimiento a la Inclusión del **Proyecto 721**, Atención Integral a Personas con Discapacidad, sus Familias, Cuidadores/as "Cerrando Brechas" de la Secretaría Distrital de Integración Social

Hace un
RECONOCIMIENTO A:

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO

CC ***52.038.725***

Por su participación en procesos de sensibilización y promoción de la Lengua de Señas Colombiana

María Patricia Sarmiento
Coordinadora del Proyecto 721

Walter Acosta Barreto
Director Distrital de Servicio a la Ciudadanía

DIS-CAPACIDAD
"Cerrando Brechas"

BOGOTÁ
HUMANA

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO

CC.52.038.725

APROBO EL CURSO

ACTUALIZACION DE ENFERMERIA EN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

DURACION 40 HORAS

JAIME GARCIA D.-MOTOLI
JEFE DE CENTRO

Bogota D. C., 21 de Noviembre de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

SERVICIOS A LA SALUD
CENTRO DE FORMACION

SGC2003AP00144 21/11/2003
No Y FECHA DE REGISTRO

EL [illegible] DE LA [illegible]

PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA - [illegible]

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ

Completo el curso:

CONVERSANDO CON LAS MADRES SOBRE AIEPI

Realizado dentro de la vigencia PAB 2005, con una intensidad horaria de 30 horas en modalidad Semi presencial: autoaprendizaje y práctica.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C. República De Colombia en el mes de Mayo de 2006

PEDRO ARTURO AGUILERA
Gerente ESE

CLAUDIA SILENIA MIÑO REY
Coordinador Salud Pública

Bogotá D.C

Señores:

FUSDEQSA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia patricia Rodriguez valero 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:

Tecnica Auxiliar de Enfermeria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Claudia Rodriguez

No. de documento: 52038725

Tarjeta profesional No: 5918

Dirección de contacto: Diag. 69D BIS 18J08S

Teléfono: 7619094

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de , de **RODRIGUEZ VALERO CLAUDIA PATRICIA**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 52.038.725, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO D EJECUCION		OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
4595 DE 2005	1 de julio de 2005	31 de julio de 2005	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$795.000	VISTA HERMOSA
5170 DE 2005	1 de agosto de 2005	30 de noviembre de 2005	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 3.180.000	VISTA HERMOSA
185 DE 2006	16 de enero de 2006	31 de agosto de 2006	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 6.292.500	VISTA HERMOSA
1320 DE 2006	1 de septiembre de 2006	31 de diciembre de 2006	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 3.356.000	VISTA HERMOSA
346 DE 2007	16 de enero de 2007	31 de agosto de 2007	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 6.292.500	VISTA HERMOSA
2475 DE 2007	1 de septiembre de 2007	31 de diciembre de 2007	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 2.718.000	VISTA HERMOSA
3503 DE 2008	2 de enero de 2008	8 de enero de 2008	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 211.400	VISTA HERMOSA
193 DE 2008	10 de enero de 2008	28 de febrero de 2008	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1.800.600	VISTA HERMOSA
1418 DE 2008	1 de marzo de 2008	31 de marzo de 2008	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 906.000	VISTA HERMOSA
1806 DE 2008	1 de abril de 2008	21 de agosto de 2008	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 4.258.200	VISTA HERMOSA
3093 DE 2008	22 de agosto de 2008	31 de agosto de 2008	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 302.000	VISTA HERMOSA
3676 DE 2008	1 de septiembre de 2008	31 de diciembre de 2008	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 3.744.800	VISTA HERMOSA
0471 DE 2009	9 de enero de 2009	28 de febrero de 2009	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1.773.333	VISTA HERMOSA
1477 DE 2009	1 de marzo de 2009	30 de abril de 2009	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1.900.000	VISTA HERMOSA
2415 DE 2009	1 de mayo de 2009	15 de agosto de 2009	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$3.325.000	VISTA HERMOSA
3823 DE 2009	16 de agosto de 2009	30 de noviembre de 2009	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$3.491.250	VISTA HERMOSA
5238 DE 2009	1 de diciembre de 2009	5 de enero de 2010	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1.163.750	VISTA HERMOSA
0559 DE 2010	8 de enero de 2010	15 de febrero de 2010	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1.363.250	VISTA HERMOSA
1474 DE 2010	16 de febrero de	15 de julio de 2010	AUXILIAR DE	$4.987.500	VISTA

5068 DE 2010	16 de octubre de 2010	10 de diciembre de 2010	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1.828.750	VISTA HERMOSA
5824 DE 2010	11 de diciembre de 2010	28 de febrero de 2011	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$2.660.000	VISTA HERMOSA
2190 DE 2011	31 de mayo de 2011	30 de junio de 2011	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1.037.400	VISTA HERMOSA
2331 DE 2011	31 de julio de 2011	30 de septiembre de 2011	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$3.112.200	VISTA HERMOSA
2632 DE 2011	1 de octubre de 2011	15 de enero de 2012	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$3.630.900	VISTA HERMOSA
0828 DE 2012	16 de enero de 2012	29 de febrero de 2012	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1.556.100	VISTA HERMOSA
1741 DE 2012	1 de marzo de 2012	31 de julio de 2012	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$5.187.000	VISTA HERMOSA
2583 DE 2012	1 de agosto de 2012	31 de octubre de 2012	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$3.112.200	VISTA HERMOSA
4053 DE 2012	1 de noviembre de 2012	8 de enero de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$2.351.440	VISTA HERMOSA
0429 DE 2013	9 de enero de 2013	31 de mayo de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$5.057.571	VISTA HERMOSA
2325 DE 2013	1 de junio de 2013	31 de julio de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$2.137.044	VISTA HERMOSA
4674 DE 2013	1 de agosto de 2013	30 de septiembre de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$2.137.044	VISTA HERMOSA
7878 DE 2013	1 de octubre de 2013	9 de octubre de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$320.557	VISTA HERMOSA
8045 DE 2013	10 de octubre de 2013	31 de octubre de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$747.965	VISTA HERMOSA
9590 DE 2013	1 de noviembre de 2013	15 de enero de 2014	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$2.671.305	VISTA HERMOSA
01101 DE 2014	16 de enero de 2014	15 de mayo de 2014	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$4.402.312	VISTA HERMOSA
04499 DE 2014	16 de mayo de 2014	15 de noviembre de 2014	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$6.603.468	VISTA HERMOSA
08884 DE 2014	16 de noviembre de 2014	15 de enero de 2015	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$2.201.156	VISTA HERMOSA
00380 DE 2015	16 de enero de 2015	15 de mayo de 2015	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$5.488.000	VISTA HERMOSA
02689 DE 2015	16 de mayo de 2015	15 de septiembre de 2015	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$5.488.000	VISTA HERMOSA
04539 DE 2015	16 de septiembre de 2015	15 de noviembre de 2015	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$2.744.000	VISTA HERMOSA
05180 DE 2015	16 de noviembre de 2015	15 de enero de 2016	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$2.744.000	VISTA HERMOSA
00015 DE 2016	16 de enero de 2016	31 de mayo de 2016	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$6.592.500	VISTA HERMOSA
01857 DE 2016	1 de junio de 2016	31 de agosto de 2016	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$4.395.000	VISTA HERMOSA
005096 DE 2016	1 de septiembre de 2016	7 de enero de 2017	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$5.203.000	SUBRED SUR
003227 DE 2017	8 de enero de 2017	15 de enero de 2017	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$390.667	SUBRED SUR
003868 DE 2017	1 de febrero de 2017	VIGENTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$7.373.500	SUBRED SUR

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.038.725**

RODRIGUEZ VALERO

APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA

NOMBRES

Claudia Patricia Rodriguez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-SEP-1971**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-DIC-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00786063-F-0052928795-20151120 0047A00[illegible]

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14396989408

(415)7707212489984(8020) 000001439698940 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 2 0 3 8 7 2 5	5	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 0 3 8 7 2 5	1 9 8 9 1 2 0 7

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	VALERO	CLAUDIA	PATRICIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 18 G 69 F 76

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
claudita7118@yahoo.es		7 6 1 9 0 9 4	3 0 4 5 8 6 1 3 7 8

CLASIFICACION

Actividad económica

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

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																								

20- 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: 2 0 1 6 1 2 0 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre RODRIGUEZ VALERO CLAUDIA PATRICIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52038725-5 CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO

Información General

Dirección KR 18G 69F 76 SUR

Teléfonos 7619094-3045861378

Dirección electrónica CLAUDITA7118@YAHOO.ES

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/07/2016

Soporte Inscripción 22413279

Fecha Inicio Actividades 02/04/2002

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000982211

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CLAUDIA PATRICIA
RODRIGUEZ VALERO

C.C. 52038725

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 05/08/2013

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 5918 *de* 20/06/2003

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) RODRIGUEZ VALERO CLAUDIA PATRICIA Identificado(a) con CC número 52038725 expedida en BOGOTA D,E solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el dia 21/12/2002 y registrado en el libro 4 Folio 571 año 2002

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 RODRIGUEZ VALERO CLAUDIA PÁTRICIA identificado(a) con CC número 52038725 expedida en BOGOTA D,E para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el titulo o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 20/06/2003

ORIGINAL FIRMADO POR
LIBARDO CHAVEZ GUERRERO

LIBARDO CHAVEZ GUERRERO
Director de Desarrollo de Servicios .

Bogotá, D.C 27-06-2003
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Claudia P Rodriguez
CC. # 52'038.725
Firma Claudia P. Rodriguez

BOGOTÁ PARA VIVIR TODA LA VIDA

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO



IMPORTANTE: no confíe su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la secretaria distrital de salud.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 25/08/17	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO		
PASAPORTE	52.038.725	TELEFONO O CELULAR	7619094

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRIA		VISIOMETRIA		ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA	HOSPITAL LA VICTORIA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACION MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES		APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO	X	APLAZADO	
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	NO SE REALIZÓ.
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR NORMAL; VÁRICES EN MIEMBROS INFERIORES.
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Capacitar en el uso de los EPP requeridos para el cargo (Ley 9 título III, arts. 85, 122, 123 y 124), según matriz de peligro (GTC 45, Dec 1563, Res 0144, Res 1111 de 2017), capacitar en manejo de cargas (Res 2400 art. 390, 392 y las que apliquen). Utilizar protección auditiva cuando se superen los 80 dB (Res 627 y NTC 2272). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural- sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Uso de medias de presión o de descanso en miembros inferiores por síndrome varicoso.

Dario Josue Granado
MEDICO SALUBRISTA OCUPACIONAL
Lic. No. 1537-2012 R.M. 10521204 Bta.

FIRMA Y LSO PROFESIONAL

Claudia Rodriguez

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

52038725

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el** que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Articulo 289 del Código penal Colombiano).**

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com

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 *

52038725

Primer Nombre *

CLAUDIA

Primer Apellido *

RODRIGUEZ

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-14→5:26:13 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52038725	CLAUDIA	PATRICIA	RODRIGUEZ	VALERO	Ver

Información Detallada [CC: 52038725] CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO

2018-12-14→5:26:13 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2003/6/20	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

8288495

Orden No:	**8288495**	Fecha de ingreso:	28-Aug-2018 1:52 pm
Paciente:	**RODRIGUEZ VALERO CLAUDIA PATRICIA**	Fecha de impresion:	01/10/2018
Documento Id:	CC 52038725	Edad:	46 Años 11 meses 10 dias Sex
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3112581502
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referenci

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN
ANDRADE MARVAEZ

90304676

Nombre.	**RODRIGUEZ VALERO CLAUDIA PATRICIA**	Fecha de recepcion:	03-sep-2018 5:48 pm
Identificacion	CC 52038725 Tel.	Fecha de impresion:	21-sep-2018 1:46 pm
Edad	46 Años 0 Meses 0 Dias Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8288495	Fecha Validacion	03-sep-2018 8:02:00p.m. Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

ANA ELVIRA VASQUEZ DIAZ BARAJAS
BACTERIOLOGA

Evolucionamos como la vida

NIT. 800.096.021-3
Sede Principal: Calle 45 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2318 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2320
Sede Norte: Calle 109 No. 15-31 • Tel: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-08 Cons. 201 • Tels: 282 2819 - 282 2717 • Fax: 282 2819
Calle 85 No. 12-15 • Tel: 256 3768 • Fax: 257 2019

Carnet de Vacunas

Vacuna	Enfermedad que previene:	Número de dosis y edades de aplicación	Fecha de aplicación
BCG	Tuberculosis	Recién nacido	
Hepatitis B	Hepatitis B	Primera dosis: Recién nacido Segunda dosis: 2 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad	Sept 25/10/CR Oct. 25/10/CR
	Parálisis Infantil (Poliomielitis)	Dosis complementaria: Recién nacido Primera dosis: 2 meses de edad Segunda dosis: 4 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad Primer refuerzo: A los 18 meses de edad Segundo refuerzo: A los 5 años de edad	
DPT	Difteria, Tosferina y Tétanos	Primera dosis: 2 meses de edad Segunda dosis: 4 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad Primer refuerzo: A los 18 meses de edad Segundo refuerzo: A los 5 años de edad	Abril 30 2002 OR 3RA Dosis hep B
Haemophilus Influenzae Tipo B	Meningitis por Haemophilus Influenzae Tipo B	Primera dosis: 2 meses de edad Segunda dosis: 4 meses de edad Tercera dosis: 6 meses de edad	1804090835038
Triple Vírico	Sarampión, Paperas y Rubéola	Primera dosis: 12 meses de edad Refuerzo: A los 10 años de edad	Refuerzo TV. 04-04-09
Toxoide tetánico y diftérico	Tétanos neonatal, tétanos y difteria	Para mujeres de 10 a 49 años: Primera dosis: Si empieza hoy Segunda dosis: Al mes de la primera Tercera dosis: A los 6 meses de la segunda Cuarta dosis: Al año de la tercera dosis Quinta dosis: Al año de la cuarta dosis	
Fiebre Amarilla	Fiebre Amarilla	A partir de los 9 meses de edad para zonas donde existe la enfermedad o cuando se viaja a esos lugares Refuerzo: A los10 años de la primera dosis	

AH N1-

30 MARZO- 10

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INS
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: claudia Patricia

Apellidos: Rodriguez Valero

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52038425

Fecha de Nacimiento: Día. 18 Mes. 09 Año. 1971

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 Carnetización, solicite la transcripción en los sitios autorizados
Por mí y por Colombia, yo me vacuno.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Claudia
Apellidos: Rodriguez Valero
Documento de identidad: C.C. X T.I. No. 52038425
Fecha de Nacimiento: 18 09 1971

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote
Contra Fiebre Amarilla			
Contra Influenza			
Otras			
Sprycel 50 mg tabletas			Bristol-Myers Squibb Lot: AC37866AA

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

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		1ECU0708350A		
Otras				

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: claudia Patricia

Apellidos: Rodriguez Valero

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52038725

Fecha de Nacimiento: Día 16 Mes 09 Año 1971

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	Unica	26 Dic 2016	Sanofi N3865	[illegible]
Virus de Papiloma Humano				

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

CERTIFICA A:

CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ VALERO

C.C. 52038725

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

El presente se expide a los **Cuatro (4) días del mes de diciembre de 2018**

Martha Yolanda Ruiz Valdes
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Mónica Adriana Fórez Bonilla
Director Operativo – Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

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

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO

C.C 52038725

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

ue incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio ransfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas.

Esta certificación se firma a los 3 (tres) días del mes de diciembre de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional

MEJO
PARA TOD

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 :

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO

c.c. 52.038.725

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 Diciembre 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

5891

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: UT-CA-PT-[illegible]
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-06-22

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

FECHA: 14 12 18 | CIUDAD: Bogota | DEPARTAMENTO: cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 Políticas de la Entidad comerciadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo

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

PROVEEDOR ☐ | PARTICULAR ☐ | CONTRATISTA (OPS) ☒ | SERVIDOR PUBLICO ☐ | OTRO ☐ | CUAL: [illegible]

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rodriguez	valero	Claudia	patricia

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ MUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	52038725	[illegible]	18 sep - 1971

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
18 sep 71	Bogota	Colombia	colombia

ESTADO CIVIL:	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR:
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	2	1	3005861378

2. NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

PROFESION / OFICIO								
Auxiliar de enfermeria	MAGISTER ☐	POSTGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐	CUAL: [illegible]

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Dia 69 D # 18 J 08 S	Bogota	cundinamarca	Colombia	7619094

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
claudia7118@yahoo.es	[illegible]	PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒		

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☐ CE ☐ RC ☐ MUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ | NACIONALIDAD: [illegible]

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☒		B692	

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

PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA ☐

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 ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ | NIT: 900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: subred integrada de centro oriente

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dia 39 # 3-20	3725610	Bogota	cundinamarca	colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Auxiliar de enfermeria.	27-09-2017

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

CODIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-23

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1524.000	GASTOS FAMILIARES	1000.000	AHORROS	—	HIPOTECA	—
HONORARIOS	—	ARRIENDOS	500.000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
PENSIONES	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDAS VEHICULOS	—
OTROS INGRESOS*	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
TOTAL INGRESOS	1524.000	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
DESCRIPCION OTROS INGRESOS	—	TOTAL EGRESOS	1500.00	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—
		DESCRIPCION OTROS EGRESOS	—	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	—	DESCRIPCION OTROS PASIVOS	—

6. REFERENCIAS PERSONALES

(NO PODRA SER FAMILIAR, SOCIO O EL CLIENTE Y CONTRATISTA Y SI ES INDEPENDIENTE Y/O PERSONA LABORAL)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Leon	De vargas	Alexandrino	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 186 #69 A 76 S	Bogota.	Amigo	7619094

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Bogota.	Cuenta Ahorros	102618675	San Antonio	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 ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: —

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliar de Enfermeria.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades 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 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 publico o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si prescota 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) dias, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la proteccion de datos personales y que se encuentran contenidas 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 requeriria de una autorizacion de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 – 4 5, teléfono 3 44 44 84 y/o cual 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 incluso los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestadas de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 negociacion de contratos con la ESE alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecucion y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevencion 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 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 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) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la «Dirección de Impuestos y Aduanes 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tengan calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, 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 cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de prevencion 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 hagan 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 contrapartes, 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 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 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 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, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 – 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail varlaffd@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Claudio Patricio Rodriguez V.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice D...

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		2. Ciudad	
Nombre del funcionario o asesor:			
Lugar de la Entrevista:			
Observaciones:			
Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
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:			

Salud Total

Bogotá, Diciembre 14 de 2018

Señora:
RODRIGUEZ VALERO CLAUDIA PATRICIA
CC. 52038725 CR 18 G 69 F 76 SUR - 7619094
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 26 de 2005. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RODRIGUEZ VALERO CLAUDIA PATRICIA	52038725	C	Jul-26-2005	338	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO	52038725	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO	52038725	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

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) **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,038,725**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52038725	Suro
Numero de Documento	ARL

Claudia	Patricia	Rodriguez	Valero
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

18 sep 1971	Bogota	Dg 66 Db S 18 J 08	7619094
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Salud total	Porvenir	$ 1524000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de Enfermeria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Claudia7108@yahoo.es	3112581503
Correo Electrónico	Celular

Claudia Patricia Rodriguez	Safe
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 52284295

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118796594

WEB
15:53:45

Bogotá DC, 04 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52038725:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 04 de diciembre de 2018, a las 15:51:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52038725
Código de Verificación	520387251812041551 38

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. 2584541

Bogotá D.C., 4 de Diciembre de 2018 - 15:47 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTICINCO** de BOGOTA D.C.

52038725

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_GX56F_4715
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 15:46:39 horas del 04/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52038725**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ VALERO CLAUDIA PATRICIA**

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.

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ VALERO identificado(a) con CC 52038725 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 102618675 desde el 11 de abril de 2011, 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 11 de diciembre de 2018, a solicitud del interesado, con destino a HOSPITAL LA VICTORIA.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota