Colombia Compra Eficiente

UTC -5 12:24:35

Buscar por proces | Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página:: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA,

VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA con el NIT 1026268963 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 >

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: 15-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
AGUILAR	GARCIA	VIVIANA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1026268963

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES ABR AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 19 # 64 - 50 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7164970

EMAIL andrea124aguilar@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 BASICA											*TITULO* Bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2007
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	8	X		ENFERMERO (A)	12	2018	1026268963

Scanned by CamScanner

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

Ultima Actualización: 15-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá
14-12-2018

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.

Scanned by CamScanner

República de Colombia

AREANDINA

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:

VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA

C.C. Nº. 1026268963 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., el día 26 de Enero de 2018

Rector

Secretaria General

Decano

Tomo 10 · Folio 12 · Registro 55609 · Acta No. 830 · Fecha 26 de Enero de 2018 ·

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Acacia II I.E.D

Autorizado por la Secretaria de Educación Distrital, Bogota, D.C.
Según Resolución 157 del 21 de Enero de 2002

Confiere a:

Viviana Andrea Aguilar Garcia

Identificado (a) con 900424-54256

El Título de
Bachiller Académico

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

Promoción 2007

Rector
Carlos Julio Amortegui m.
C.C. 19.189.131 de Bogotá

Marcela Saenz
Secretaria
Marcela Saenz
C.C. 52.769.587 de Bogotá

Anotado al folio No. 1 del libro para control interno de diplomas No. 7

Acta General de Graduación No. 09 Fecha 30 de Noviembre de 2007

Dado en Bogotá, D.C. a los 30 días del mes de Noviembre de 2007

No se requiere registro de la Secretaria de Educación, según Decreto No. 921 del 5 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

Scanned by CamScanner

Acta Individual de Grado

Colegio Acacia II I.E.D

Autorizada por la Secretaria de Educación Distrital, Bogotá, D.C.
Según Resolución 157 del 21 de Enero de 2002
Codigo Dane 111001035572

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 30 días del mes de Noviembre de 2007 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de ultimo grado, los suscritos Rector y Secretaria del Colegio

Colegio Acacia II I.E.D

Institución Aprobada en los niveles de educación básica secundaria y media académica y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C., Para otorgar el titulo de Bachiller Académico Según Resolución No. 157 del 21 de Enero2002

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de Identidad se relaciona a continuación

Viviana Andrea Aguilar Garcia

Identificado (a) con documento de identidad

900424-34236

Es fiel copia del Acta original general No. 07 de fecha 30 de Noviembre de 2007
que consta de 119 estudiantes graduados, que comienza con el nombre de Anderson Fabian Abril Rozo
y cierra con el nombre de Viviana Paola Velasquez Suarez

Firmada y Sellada por:

Carlos Julio Amortegui M. (Rector)
Marcela Saenz(Secretaria)

Dada en Bogotá, D.C. a los 30 días del mes de Noviembre de 2007

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el articulo 7 del decreto 180 de mayo de 1981
No requiere registro de la secretaria de educación según decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de La República

Carlos Julio Amortegui M.
C.C. 19.189.131 de Bogotá
Rector

Marcela Saenz

Marcela Saenz
C.C. 52.769.587 de Bogotá
Secretaria

Scanned by CamScanner

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Fundación Universitaria del Área Andina

ACTA DE GRADO No. 830

En Bogotá D.C., el 26 de Enero de 2018 a las 09:00 horas, convocados por Resolución Nacional No. 002 del 19 de enero de 2018, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, Doctor José Leonardo Valencia Molano, la Vicerrectora Académica y Decana (E) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctora Sonia Sierra González y la Secretaria General (E), Doctora Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga, para presidir la ceremonia de grado de **VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA**, Identificada con C.C. No. 1026268963 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 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, 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 Tomo 10, Folio 12, Registro 55609

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

SONIA SIERRA GONZÁLEZ, Vicerrectora Académica y Decana (E) de la Facultad de Ciencias de la Salud

GLADYS ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., a los 26 días del mes Enero de 2018.

Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga
Secretaria General (E)

Scanned by CamScanner

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FORMACIÓN EMPRESARIAL Y EDUCACIÓN CONTINUA

CERTIFICA QUE:

Viviana Andrea Aguilar García

C.C. No. 1.026.268.963 de Bogotá D.C.

Asistió al Diplomado Programa de Extensión y Educación Continuada con una intensidad presencial de 120 horas teórico-prácticas, por lo tanto le confiere el diploma en:

Administración Segura de Medicamentos

Rector

Secretaria General

Directora de Formación Empresarial
y Educación Continua

Dado en Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de septiembre de 2017

Scanned by CamScanner

Hospital Universitario
Clínica San Rafael

En alianza con

CURSO
ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA
Cuidado de Enfermería al
Paciente Oncológico

El Hospital Universitario Clínica San Rafael
certifica que:

AGUILAR GARCIA VIVIANA ANDREA

Identificado con C.C.

1.026.268.963

Asistió y cumplió con los requisitos académicos establecidos en el:
CURSO ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA "Cuidado de Enfermería al Paciente oncológico"
Que se realizó en Bogotá D.C. Colombia entre los días 2 al 27 de Febrero de 2017

Carmenza González
Gestor Departamento de Enfermería
HUCSR

Mónica Andrea Pedreros Mosquera
Enfermera Oncóloga
HUCSR

Scanned by CamScanner

5° SIMPOSIO

ENCUENTROS NATIONAL CLINICS 2018

National Clinics certifica que:

VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA

Identificado con

C.C. 1026268963

Asistió y participó satisfactoriamente del

5° Simposio sobre Actualización en Cuidados Intensivos

el 20 de Abril de 2018 en Bogotá, con una intensidad horaria de 9 horas.

Dr. Miguel Angel Murcia

Dr. Fabio Martinez

Marc Gerard

NATIONAL CLINICS

Scanned by CamScanner

N 3193

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la Ley 1874 de 2017, por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACIÓN, decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015.

CERTIFICA A:

AGUILAR GARCIA VIVIANA ANDREA
C.C 1.026.268.963

Asistió y aprobó el curso de Codigo Blanco Violencia Sexual con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 7 días del mes de diciembre del 2018

CORPORACIÓN TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit: 900.790.014-6

Héctor M. Chala
Gerente

Scanned by CamScanner

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:

VIVIAN ANDREA AGUILAR GARCIA

C.C 1026268963

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, 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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Area Andina
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Viviana Andrea Aguilar García en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Enfermera
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1026268963

Tarjeta profesional No: 1026268963

Dirección de contacto: Cra 19 #50-64 sur

Teléfono: 3223113833

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.268.963**

AGUILAR GARCIA

APELLIDOS

VIVIANA ANDREA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-ABR-1990**

BOGOTA D.C

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

19-MAY-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00437948-F-1026268963-20130605 **0033**245532A 1 1342315596

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14463217534

(415)7707212489984(8020) 000001446321753 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1026268963	4	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	1026268963	2008 05 19

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AGUILAR	GARCIA	VIVIANA	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 19 64 50 SUR BRR SAN FRANCISCO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
andrea124aguilar@gmail.com		3223113833	7164970

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
8692	2018 03 21						0

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: 2018 03 21

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: TOCANCHON PEÑA MARTHA CECILIA

985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 21-03-2018
Hora: 12:36:37 PM

CONTRIBUYENTE CC 1026268963 VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA

Información General

Dirección KR 19 64 50 SUR

Teléfonos 7164970/3223113833
Dirección electrónica andrea124aguilar@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 21/03/2018
Soporte Inscripción 16550446
Fecha Inicio Actividades 21/03/2018
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: 18002807555

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.

Scanned by CamScanner

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA
C.C. 1.026.268.963
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2018-01-26
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2018-03-06

Scanned by CamScanner

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA – OCE
REGISTRO UNICO NACIONAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
RETHUS
RETHUS – LEY 1164 DE 2007

Bogotá D.C
Apreciada (o) colega

Por medio de la presente y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la ley 1164 de 2015, numeral 4 del artículo 14 decreto 4192 de 2015 y especificaciones del anexo. Técnico de la resolución 08 de 2015, nos permitimos hacer entrega de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud, mediante la cual se acredita su condición de idoneidad para ejercer la profesión de enfermería. Recuerde tener presente mantener un nivel de seguridad apropiado a su tarjeta profesional.

A esta tarjeta precede la inscripción individual en el RETHUS, de sus datos personales y de identificación, los datos académicos y de autorización, de los datos del servicio social obligatorio, y los correspondientes relacionados con las actividades del tribunal Nacional Ético de Enfermería. Le recordamos tener presente que cuando alguna de las tres circunstancias contempladas en el artículo 12, del decreto 4192 de 2015 deberá reportar las novedades a la Organización Colegial de Enfermería.

Nos resta, agradecer el interés que llegue a desarrollar para fortalecer, además de la actividad de función pública delegada del RETHUS, la correspondiente al crecimiento y desarrollo organizativo y profesional de la OCE, invitándole a afiliarse y convertirse en socia (o) de los miembros de la junta directiva de la OCE y sus Organizaciones, La ANEC de la que tuvo su origen, creemos firmemente en la importancia del trabajo profesional con interés desde lo colectivo y en la unidad profesional con criterios de respeto por los derechos humanos de todos los ciudadanos y la búsqueda permanente del logro de un trabajo profesional con dignidad y reconocimiento público para los profesionales de Enfermería.

Cordialmente,

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

CAROLINA PRADA MORENO.
Presidenta.

CECILIA VARGAS GONZALEZ.
Secretaria General.

Cra. 28 No. 46-97 Celular 3219282407 –3167598693 Tel: 4575358
Email:oce@oceinfo.org.co
Bogotá D.C

Scanned by CamScanner

Resultado del primer proceso de asignación de plazas servicio social obligatorio de 2018 Recibidos x

Ministerio de Salud y Protección Social <sso@minsalud.gov.co> 18 ene.
para mí

Señor(a), AGUILAR GARCIA VIVIANA ANDREA

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, agradece su participación en el primer proceso de asignación de plazas de servicio social obligatorio de 2018

De acuerdo al cronograma establecido, la asignación se realizó el 18 de enero de 2018, en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, en la ciudad de Bogotá D.C., en el marco de las disposiciones legales y normativas vigentes. A continuación se presenta el resultado:

"Al profesional no le fue asignada una plaza de Servicio Social Obligatorio".

En consecuencia, se entiende que ha cumplido con las normas que regulan el Servicio Social Obligatorio y podrá tramitar su inscripción en el ReTHUS y la expedición de su tarjeta de identificación única, [...] dentro del tiempo comprendido entre el proceso al cual se inscribió y el siguiente proceso de asignación" (Resolución 2358 de 2014, art. 13), ante el (la) Organización Colegial de Enfermería.

La información de contacto del (de la) Organización Colegial de Enfermería es la siguiente:

Sitio web: www.oceinfo.org.co
Dirección de correspondencia: Carrera 28 No. 46-97 (Bogotá D.C.)
Teléfonos: (571) 4575358; (57) 3167598693; (57) 3219282407
Correo electrónico: registro@oceinfo.org.co

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Reporte de profesionales sin plaza asignada en el sorte de plazas del 18/01/2018 para los profesionales del área de ENFERMERÍA

Fecha de Generación: 18/01/2018

Tipo identificación	Número de identificación
CC	91527990
CC	6394878
CC	1020470896
CC	1038412393
CC	52323211
CC	1088024315
CC	1140886906
CC	1098720488
CC	1002926640
CC	1088334227
CC	1024566443
CC	1143455354
CC	1214730643
CC	1088012200
CC	42032144
CC	1013671635
CC	1053833320
CC	1045755684
CC	1018474846
CC	1014243894
CC	1062677709
CC	1026268963
CC	1020763209

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 *: 1026268963

Primer Nombre *: VIVIANA

Primer Apellido *: AGUILAR

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1026268963	VIVIANA	ANDREA	AGUILAR	GARCIA	Ver

Información Detallada [CC: 1026268963] VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	ENFERMERIA	2018/3/06	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 **VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCÍA** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.026.268.963, 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 doce (12) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

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

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

8288207

Orden No: **8288207**
Paciente: **AGUILARA GARCIA VIVIANA**
Documento Id: CC 1026268963
E.P.S: HOS-USAQUEN
Sede: USAQUEN
Servicio: CONSULTA EXTERNA.

Fecha de ingreso: 28-Aug-2018 3:09 pm
Fecha de impresion: 01/10/2018
Edad: 28 Años 4 meses 4 dias Sexo F
Telefono: 3223113833
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

Página 1 de 1

90304166

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ABGRADE MARVAEZ

Nombre. AGUILAR GARCIA VIVIANA
Identificacion CC 1026268963 Tel.
Edad 28 Años 1 Mes 9 Dias Sexo F
Medico MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento 8288207

Fecha de recepcion: 03-sep-2018 4:00 pm
Fecha de impresion: 19-sep-2018 9:39 am
Empresa ANALISIS TECNICOS LTDA
Sede REFERENCIA
Fecha Validacion 04-sep-2018 5:38:00a.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

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

Scanned by CamScanner



VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
	4 DOSIS	1U3402G0	1 FEB 2017	Inmunosalud
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
VARICELA	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

NOMBRE: VIVIANA ANDREA AGUILAR 6

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
T.TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS	00519	03 JUL 2014	Inmunosalud
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
VARICELA	1a. DOSIS			
VARICELA	2a. DOSIS			
FIEBRE AMARILLA	1a. DOSIS			
INFLUENZA	1a. DOSIS	40701	03 JUL 2014	Inmunosalud

Scanned by CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000056898

Régimen: COMUN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EMPRESA: PARTICULAR FECHA 16/04/2018 10:05:32

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA **C.C** 1026268963

EDAD 27 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** ENFERMERA

EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐	Otros ☑
Audiometría	☑	Cuales	ENFASIS CARDIOVASCULAR
Espirometría	☐	Radiografías	

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

APTO PARA EL CARGO ☑ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / HIGIENE POSTURAL
USO DE LENTES PARA LABORAR

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Cámara Biometrica

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 37.703.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Scanned by CamScanner

N 3193

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

FUMEFI SAS

Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la Ley 1874 de 2017,
por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACIÓN,
decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015.

CERTIFICA A:

AGUILAR GARCIA VIVIANA ANDREA
C.C 1.026.268.963

Asistió y aprobó el curso de Codigo Blanco Violencia Sexual
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 7 días del mes de diciembre del 2018

CORPORACIÓN TECNICO EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit: 900.790.014-6

Héctor M. Chala
Gerente

Scanned by CamScanner

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 :

VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA

c.c. 1.026.268.963

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 01 días del mes de Marzo de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

Scanned by CamScanner

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 :

VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA

c.c. 1.026.268.963

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

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 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 02 días del mes de marzo de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN E... URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES, SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al: TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190 inscripciones@capacitacionessos.net www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

Scanned by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA identificado(a) con CC 1026268963 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: **06/03/2013**

Estado de la Afiliación: **ACTIVO**

IPS: **CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**

Categoría: **A**

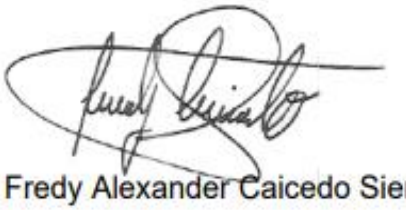
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 15 días del mes de diciembre del año 2018 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

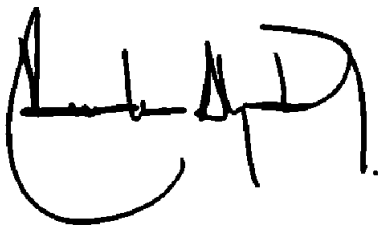
EPS FAMISANAR S.A.S.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,026,268,963**, 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 14 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

1026268963			Surq
Numero de Documento			ARL
Viviana	Andreq	Aguilar	Garcia
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
24-04-1990	Bogotá	Cra 19 #64-501	7164970
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Famisanar	Porvenir	$ 2'808.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Enfermera			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
andrea124aguilar@gmail.com		3223113833	
Correo Electrónico		Celular	

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119231992

WEB
15:28:58

Bogotá DC, 14 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) VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026268963:

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 15:33:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1026268963
Código de Verificación	1026268963181214153325

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. 2613629

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 15:43 pm

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

CERTIFICA

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

1026268963

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_97SKV_4215
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 09:01:14 horas del 15/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1026268963**
Apellidos y Nombres: **AGUILAR GARCIA VIVIANA ANDREA**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Bogotá D.C. ,14 de Diciembre de 2018

Señores

A quien Interese

Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1026268963, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde el 29 de Enero de 2013 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro. Producto	Estado Del Producto
Cuenta De Ahorro Nómina	765044465	Activo

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 14 para transferencias ACH

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 14 días del mes Diciembre de 2018.

Cordialmente



Contact Center

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: 15-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1026268963 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Cra 19 # 64 - 50 sur **Teléfonos** 3223113833 7164970

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CLARA INES GARCIA BERNAL	51953779	MADRE

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	$ 33.696.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 33.696.000,00

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
Itau	AHORROS	765044465	Bogota	$ 10.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	Moto	$ 2.000.000,00

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: 15-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

Viviana Agudelo Garcia

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 15-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

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

CODIGO: E.C.G.F.T. 011
VERSION: 07
FECHA: 2017-08-23

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

FECHA: 14-12-2018 | CIUDAD: Bogotá | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distinguido Usuario: 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 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 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:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Aguilar	Garcia	Viviana	Andrea

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC X CE RC NUIP PASAPORTE OTRO	1026266963	Bogota	2008-05-19

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1990-4-24	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)			3223113833

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA — PROFESION / OFICIO

MAGISTER | POSGRADO | UNIVERSITARIO X | BACHILLER | PRIMARIA | TECNICO | TECNOLOGO | CUAL: Enfermera

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 1a #64-50 Sur	Bogota	Cundinamarca	Colombia	7164970

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
andrea1214aguila@gmail.com	—	PROPIA	FAMILIAR X	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)
CC CE RC NUIP PASAPORTE OTRO CUAL	—	—	—

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO — NACIONALIDAD

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO		
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	CUAL:	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI		SI	NO X	8692
		NO X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X		SI NO X		SI NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	SI NO X	Subred Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO | COMERCIAL | SERVICIOS | SALUD X — NIT: 900959051-7

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

OTRA | CUAL:

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 3a # 43	3444844	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL: Enfermera			FECHA VINCULACION:	3-5-2018

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

Scanned by CamScanner

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-
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	600.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	2806000	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	280800	TOTAL EGRESOS	600000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Aguilar	Garcia	Jorge	David
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELU**
Cra 19 # 64-50 sur	Bogotá	Hermano	3502467739

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFON
Itau	Cuenta de Ahorro	765-044405	Bogotá	5818181

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROM
—	—	—	—	—	

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 S
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 expedic
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 entregare a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupacion, profesión, negocio, et

Enfermera

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, compl 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 S 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 sancion posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE 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 certi 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 presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses – declaración de renta si es declarante

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los e 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 protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposicion, no son ap 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 requerir autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

Scanned by CamScanner

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

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.

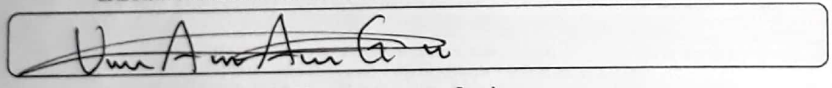
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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 sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha	14-12-18	2. Ciudad	Bogota
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:			

Scanned by CamScanner