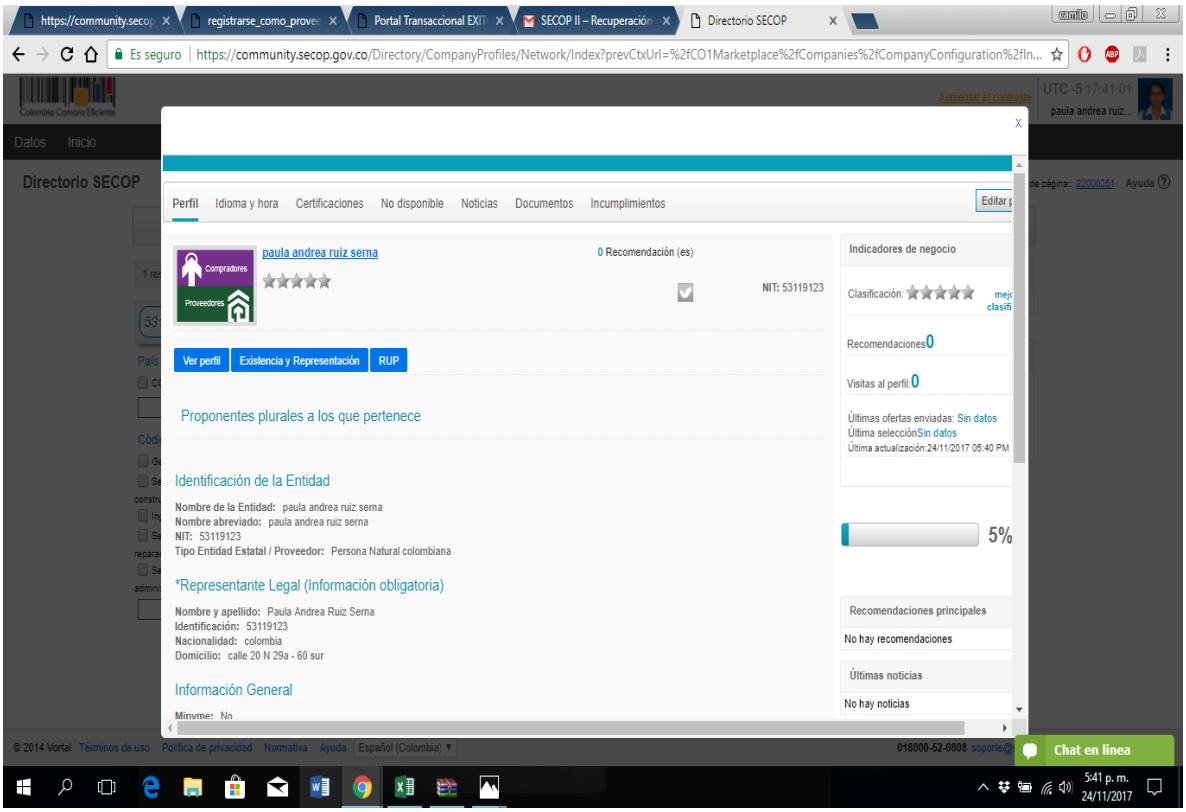

Directorio SECOP
Perfil
Idioma y hora
Certificaciones
No disponible
Noticias
Documentos
Incumplimientos
paula andrea ruiz serna
0 Recomendación (es)
NIT: 53119123
Ver perfil
Existencia y Representación
RUP
Proponentes plurales a los que pertenece
Identificación de la Entidad
Nombre de la Entidad: paula andrea ruiz serna
Nombre abreviado: paula andrea ruiz serna
NIT: 53119123
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
*Representante Legal (Información obligatoria)
Nombre y apellido: Paula Andrea Ruiz Serna
Identificación: 53119123
Nacionalidad: colombia
Domicilio: calle 20 N 29a - 60 sur
Información General
Indicadores de negocio
Clasificación:
Recomendaciones 0
Visitas al perfil: 0
Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selección Sin datos
Última actualización 24/11/2017 05:40 PM
5%
Recomendaciones principales
No hay recomendaciones
Últimas noticias
No hay noticias
Chat en línea
5:41 p. m.
24/11/2017

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: 04-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RUIZ	SERNA	PAULA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53119123

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES DIC AÑO 1985

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 20 n 29 a - 60 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0315618605

EMAIL paruizs@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES NOVIEMBRE AÑO 2002

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*
ES	3	X		ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	6	2012	53119123
UN	10	X		TERAPEUTA OCUPACIONAL	12	2009	53119123

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 04-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 HOSPITAL DE LA VICTORIA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 3725010	*FECHA DE INGRESO* DIA 8 MES 11 AÑO 2010		*FECHA DE RETIRO* DIA 4 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* REHABILITACION		*DIRECCIÓN* DIAGONAL 32 SSUR N 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD GESTION Y TALENTO		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DIA 2 MES 6 AÑO 2010		*FECHA DE RETIRO* DIA 5 MES 11 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* REHABILITACION		*DIRECCIÓN* CARRERA 64 N 103 C 32	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD ANDINA DE SERVIOS		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DIA 29 MES 12 AÑO 2009		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 5 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OUPACIONAL	*DEPENDENCIA* REHABILITACION		*DIRECCIÓN* CARRERA 64 N 103 C 32	

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	8	0
PRIVADO	0	10

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: 04-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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	10

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 6o. DE LA LEY 190/95).

Bogota 4-Diciembre-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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, PAULA ANDREA RUIZ SERNA
IDENTIFICADO CON C.C. (X) **C.E.** ( ) **T.I.** ( ) **No.** 53119123 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección calle 20 n 29 a - 60 sur **Teléfonos** 3212709767 0315618605

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ROSA MARIA SERNA GONZALEZ	41759594	MADRE
HERNANDO RUIZ PALACIOS	19427086	PADRE
ANDRES JULIAN ALMARIO RUIZ	1013690753	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ( ) PARA RETIRARME ( ) PARA ACTUALIZACION ( )

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE (X)

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	$ 26.723.040,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 26.723.040,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	CORRIENTE	475770006799	Plaza Americas	$ 427.000,00

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
DAVIVIENDA	credito hipotecario	$ 27.584.655,00

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

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI (X) NO ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
Julian Ernesto Almario Peña	C.C (X) C.E ( ) T.I. ( )	16186547

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Terapeuta Ocupacional

A

Paula Andrea Ruiz Serna

C.C. 53.119.123 de Bogotá

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a los 16 días del mes de diciembre de 2009.

DECANATURA DE FACULTAD | RECTORÍA | SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 1084 del Libro de Diplomas Nº 3 Folio Nº 73
DE LA SEDE DE Bogotá , FACULTAD DE Medicina

0117249

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA No. 2613 DE 1959. MINJUSTICIA

CON LAS DEBIDAS AUTORIZACIONES LEGALES Y EN CONSIDERACIÓN A QUE

Paula Andrea Ruiz Serna

C. C. 53'119.123 de Bogotá D. C.

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LAS PRUEBAS REGLAMENTARIAS,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en
Gerencia en Salud Ocupacional

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL, A LOS 6 DÍAS DEL MES DE junio
DEL AÑO 2012

RECTORA

DECANO

SECRETARIO GENERAL

LIBRO DE REGISTRO DE GRADO No. 21 , FOLIO 9 , REGISTRO No. 208121
LIBRO ACTAS DE GRADO No. 6 , FOLIO 331 , ACTA DE GRADO No. 337

017761

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 1053

El Consejo de Facultad en su sesión del día 26 de Noviembre de 2009 Acta 42

CONSIDERANDO QUE

Paula Andrea Ruiz Serna

C.C. 53.119.123 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Terapeuta Ocupacional

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 117249 *consignado en el Registro No.* 1084 del Libro 3 Folio 73

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, a los 26 días del mes de noviembre de 2009.

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA NO. 2613 DE 1959. MINJUSTICIA

ACTA DE GRADO

El Suscrito Secretario General de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, certifica la parte pertinente del Acta de Grado número TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE (337) correspondiente al día SEIS (6) de JUNIO de DOS MIL DOCE (2.012). Registrada en el Libro de Actas de Grado número SEIS (6). Folio número TRESCIENTOS TREINTA Y UNO (331) y en el Libro Registro de Grados número VENTIUNO (21). Folio número NUEVE (9). Registro número DOSCIENTOS OCHO MIL CIENTO VENTIUNO (208.121).

"En Bogotá Distrito Capital siendo las Cuatro pasado meridiano (4:00 pm) del día SEIS (6) de JUNIO de DOS MIL DOCE 2.012 bajo la presidencia de la Rectora de la Universidad CECILIA MARÍA VÉLEZ WHITE, se efectuó la ceremonia de grado para otorgar el TÍTULO de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL

A

PAULA ANDREA RUIZ SERNA

Identificada con la Cédula de Ciudadanía número 53119123 expedida en BOGOTA D.C. quien terminó sus estudios y cumplió con todos los requisitos exigidos por la Institución.

La Rectora en nombre y Representación de la Universidad y previo juramento, hizo entrega del diploma correspondiente.

Para constancia se firma la presente Acta por los que en ella intervinieron:

PARA CONSTAR
QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA
15 JUN. 2012
NOTARIA 24 DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C.
CLAUDIA ANDREA ARTEAGA GOMEZ
NOTARIA 24 ENCARGADA

Firmado Rectora — CECILIA MARÍA VÉLEZ WHITE
Firmado Decano de la Facultad — SALOMÓN KALMANOVITZ KRAUTER
Firmado Secretario General — CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN"

Se expide en Bogotá Distrito Capital, a los SEIS (6) días del mes de JUNIO de DOS MIL DOCE (2.012).

CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN
Secretario General



Certificación

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

CERTIFICA A:

PAULA ANDREA RUIZ SERNA

C.C. 53119123

Como asistente al

III CONGRESO DE APOYO TERAPÉUTICO Y REHABILITACIÓN
"UNA MIRADA DIFERENTE"

Con una intensidad horaria de 8 horas

El presente se expide a los **Veintiocho (28) días del mes de Septiembre de 2018**

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

María Juliana Arauju Oliata
Jefe de Oficina – Gestión del Conocimiento
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

María Estrada Rocha Gaona
Líder Apoyo Terapéutico y Rehabilitación
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

REDU - Subred Centro Oriente

Hace constar que

PAULA ANDREA RUIZ SERNA

ha completado el curso

Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral

18 de diciembre de 2018

Martha Yolanda Ruiz
Gerente
Sub Red Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Horas de crédito: 30

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

BOGOTÁ HUMANA

HOSPITAL La Victoria
Empresa Social del Estado

La Empresa Social del Estado Hospital La Victoria III Nivel, certifica que

PAULA ANDREA RUIZ

Asistió a la jornada académica de actualización de conocimientos de la salud, la cual fue desarrollada el día 10 del mes 09 de 2015.

"1er ENCUENTRO MATERNO PERINATAL SEGURA"

Fernando A. Peña Díaz
Gerente ESE Hospital La Victoria III Nivel

La Asociación Mexicana de Equitación Terapéutica, A.C.

Asociación Colombiana de Padres con Hijos Especiales

Otorga la presente

Constancia

A: **Paula Andrea Ruiz Serna**

c.c 53.119.123 de Bogotá

Por haber completado satisfactoriamente el 34° curso teórico y práctico de Equinoterapia, Musicoterapia y Neurodesarrollo de 40 horas efectuado en la Ciudad de Bogotá, Colombia del 3 al 7 de Octubre del 2007

www.qromex.org/amet
amet@qromex.org

ASOCIACION MEXICANA DE EQUITACION TERAPEUTICA

ACPHES
ASOCIACION COLOMBIANA DE PADRES CON HIJOS ESPECIALES

Profra. Blanca Mayol de Muñoz
Presidenta de
A. M. E. T., A.C.

Dra. Jenny Gómez Castelblanco
Presidenta de
A.C.P.H.E.S.

Ing. Francisco Muñoz Hinojosa
Coordinador de enseñanza
A. M. E. T., A.C.

PROGRAMA ESPECIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA EXCELENCIA PEDAGÓGICA

PROEXCEL / COLOMBIA
JORGE IBAÑEZ / CAPACITACIONES
PALABRAS DE PAZ
NIT. 17155120-3

Otorga el presente Certificado a

PAULA ANDREA RUIZ SERNA

Por su participación en el:

SEMINARIO
"DIDACTICA GRUPAL"

Estrategias de Aprendizaje Colaborativo.

Realizado en el Centro de Convenciones PRATO
Lugar: Auditorio Principal
Sábado 25 de Julio de 2015
Bogotá. (D.C.)

JORGE ENRIQUE IBAÑEZ R.
Director General

PROGRAMA ESPECIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA EXCELENCIA PEDAGÓGICA

JORGE IBAÑEZ / CAPACITACIONES
PALABRAS DE PAZ
NIT. 17155120-3

Otorga el presente Certificado a

PAULA ANDREA RUÍZ SERNA

Por su participación en el:

SEMINARIO
INTEGRACIÓN SENSORIAL
Intensidad : 4 horas
Realizado en COLSUBSIDIO- USAQUÉN
Lugar: Auditorio Principal
Sábado 23 de Mayo de 2015
Bogotá. (D.C.)

JORGE ENRIQUE IBAÑEZ R.
Director General

International Medical
Supplies of Colombia

Hace constar que:

Paula Andrea Ruiz Serna

Asistió al SEMINARIO DE EVALUACION NEUROPEDIATRICA
realizado en Bogotá el 13 y 14 de Marzo de 2015, con una intensidad horaria de 16 horas académicas.

FT. Sandra Milena Castro Galeano
FTP UAM, Vojta, Halliwick, Kinesio Taping Certificado.
Especialista en Docencia Universitaria

JAKELINE PARRA
Gerente International Medical Supplies of Colombia

Ropsohn | Inflasan Gel

CENTRO CAMILIANO
DE HUMANIZACIÓN

La Victoria

CONSTANCIA

Paula Andrea Ruiz Serna

C.C. 53.119.123

Por su participación en el Seminario de Humanización - Nivel I
"Fundamentos de la Humanización"

Los dias 6 y 7 de Noviembre Intensidad: 10 Horas

Bogotá, Noviembre de 2014

P. Adriano Tarrarán Reginato
Director
Centro Camiliano de Humanización

Dr. Andrés Felipe Torres Rodríguez
Subgerente Administrativo y Financiero
Hospital La Victoria III Nivel E.S.E.

Dra. Claudia Patricia Leiva Ortiz
Profesional Especializado Tálento Humano
Hospital La Victoria III Nivel E.S.E.



RUÍZ

ıd de
des amigables y abiertas" en la UCIN
el marco del Convenio de Asociación
Colombiana de Neonatología y la





PAULA ANDREA RUIZ SERNA
TERAPEUTA OCUPACIONAL

08 DE OCTUBRE DE 2014

La gerencia del Hospital La Victoria expresa su agradecimiento y reconocimiento al aporte y empeño en el trabajo de equipo, brindados por usted durante la planeación y celebración del primer simposio 10 años del Programa Canguro "**SALVANDO VIDAS PIEL A PIEL**", cuyos resultados exitosos permitieron fortalecer nuestra imagen institucional y dar a conocer los logros realizados en el marco del Programa Canguro.

Le animamos a continuar con el compromiso y trabajo decidido por cumplir la misión y objetivos del Hospital.

FERNANDO ANÍBAL PEÑA DÍAZ
Gerente

BOGOTÁ HUMANA

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

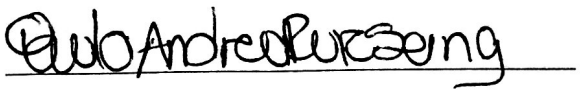
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Paula Andrea Ruiz Serna, identificada con CC 53.119.123 de Bogotá, 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:

TERAPEUTA OCUPACIONAL
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 53.119.123

Tarjeta profesional No: 53.119.123

Dirección de contacto: CALLE 20 N 29ª – 60 SUR

Teléfono: 321-270-97-67

Consecutivo No. 351

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SE PERMITE INFORMAR QUE:

La señora **PAULA ANDREA RUIZ SERNA,** identificada con CC. Nº 53.119.123, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO
1010 DE 2010	09-11-2010	31-12-2010	$ 3.300.000
164 DE 2011	01-01-2011	31-12-2011	$ 22.314.400
657 DE 2012	01-01-2012	31-12-2012	$ 21.578.160
201 DE 2013	01-01-2013	31-12-2013	$ 22.871.170
512 DE 2014	01-01-2014	31-12-2014	$ 18.325.400
347 DE 2015	01-01-2015	31-12-2015	$ 17.278.800
93 DE 2016	01-01-2016	09-01-2017	$ 20.400.600
PS-1830-2017	10-01-2017	15-12-2017	$ 21.801.490
PS 0061 2017	10-01-2018	09-10-2018	$ 23.212.800

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO
PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS ÚLTIMO CONTRATO
1.Realizar actividades diagnosticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente conforme a las guías vigentes .2.Realizar evaluaciones e intervenciones a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, habilidades escolares y cognitivas.3.Realizar estimulacion multisensorial y fortalecimiento de actividades de la vida diaria y promocion de independencia a los usuarios del servicio por consulta externa .4.Realizar consejería sobre estimulacion adecuada para el neurodesarrollo del niño. 5. Tener disposición para llevar a cabo talleres terapeuticos conforme a la programación definida. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 22. Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas del servicio 6. Direccionar y /o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos. 7. Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados, según la pertinencia. 8. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. 9. Participar en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 10. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 11 Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. 12. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 13. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de septiembre de 2018.

La presente certificación se expide con base en la información que se encuentra registrada en las Bases de Datos de las vigencias anteriores al 31 de marzo de 2016, transferidas por los antiguos Hospitales que conforman la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**, según las disposiciones del Decreto No. 029 de 2015 que reglamenta el proceso de entrega y-o transferencia de los archivos públicos de las entidades que se suprimen, fusionen, privaticen o liquiden; y que desarrolla el artículo 20 de la Ley 594 de 2000 y el artículo 39 del Decreto Ley 254 de 2000, y con la información de las bases de datos de la Subred a partir del 1 de abril de 2016.

Para mayor información favor comunicarse al celular 3023399604 o dirigirse a la Avenida Caracas # 33A-11, Direoción de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que fiscalizaron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyectó: Adriana Helena Jaime-Apoyo Administrativo OPS
Revisó: Luz Helena Hernández Palacios- Profesional Especializado OPS

gestión talentos E.S.T. S.A.S.
Sus aliados en la Gestión del Talento Humano

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE GESTION Y TALENTOS E.S.T. S.A.S

CERTIFICA

Que la señora **RUIZ SERNA PAULA ANDREA** identificada con cédula de ciudadanía No. **53.119.123** labora en esta Empresa desde el día 02 de Junio de 2010, desempeñando el cargo **TERAPEUTA OCUPACIONAL** en calidad de trabajador en misión, asignado a la Empresa **TERAPISTAS DEL COUNTRY.**

Por su trabajo, recibe un Salario Mensual, y Auxilio de Transporte por valor de seiscientos once mil quinientos ($611.500) pesos mcte.

Se expide a solicitud de la interesada, a los seis (06) días del mes de Julio de dos mil diez (2010).

Cordialmente,

GESTION Y TALENTOS E.S.T. S.A.S

ADRIANA MILENA ROMERO E.
DPTO. DE RECURSOS HUMANOS

ANDINA
DE SERVICIOS COOPERATIVOS CTA
Nit: 830.096.145-7

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE LA COOPERATIVA ANDINA DE SERVICIOS COOPERATIVOS C.T.A.

CERTIFICA

Que la señora **RUIZ SERNA PAULA ANDREA** con cédula de ciudadanía No. 53.119.123 estuvo Asociada a nuestra Cooperativa de Trabajo desde el día 29 de Diciembre de 2009, hasta el día 30 de Mayo de 2010, en calidad de trabajadora Asociada, prestando sus servicios como **TERAPEUTA OCUPACIONAL.**

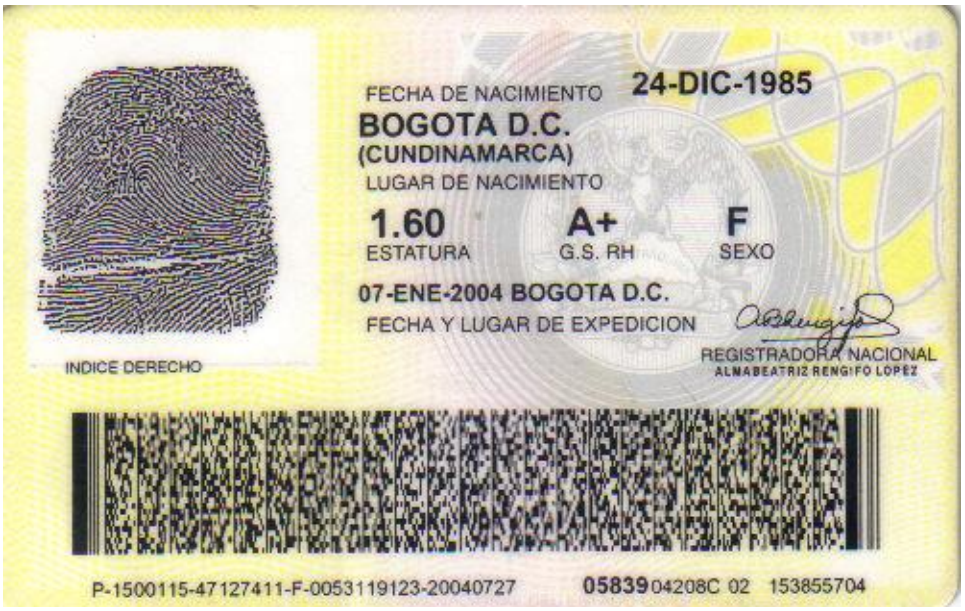
En ejecución de los acuerdos de prestación de servicios, celebrado por ésta Cooperativa con terceros, estuvo asignada por la C.T.A. al punto de trabajo Terapistas del Country Ltda.

Se expide a solicitud de la interesada, a los diecinueve (19) días del mes de Julio de dos mil diez (2010).

Cordialmente,

ANDINA DE SERVICIOS COOPERATIVOS C.T.A.
Nit: 830.096.145-7
ADRIANA MILENA ROMERO E.
DPTO. DE RECURSOS HUMANOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
53.119.123
NUMERO
RUIZ SERNA
APELLIDOS
PAULA ANDREA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO
24-DIC-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
07-ENE-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-1500115-47127411-F-0053119123-20040727
0583904208C 02 153855704

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 14443789220

(415)7707212489984(8020) 000001444378922 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 3 1 1 9 1 2 3 — 3

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión iliquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 5 3 1 1 9 1 2 3

27. Fecha expedición: 2 0 0 4 0 1 0 7

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

31. Primer apellido: RUIZ

32. Segundo apellido: SERNA

33. Primer nombre: PAULA

34. Otros nombres: ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

41. Dirección principal: CL 20 29 A 60 SUR

42. Correo electrónico: paruizs1005@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 5 6 1 8 6 0 5

45. Teléfono 2: 3 2 1 2 7 0 9 7 6 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8 2 9 9 — 47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 7 0 9 2 7

Actividad secundaria — 48. Código: 8 6 9 2 — 49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 6 1 0 1 3

Otras actividades — 50. Código: 1 2

Ocupación — 51. Código: 3 4 4 9

52. Número establecimientos: 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	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

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 ☐

60. No. de Folios:

61. Fecha:

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

985. Cargo:

DOCUMENTO SIN COSTO
TRAMITE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-03-2015
Hora: 10:42:37 AM

CONTRIBUYENTE NIT 53119123-3 PAULA ANDREA RUIZ SERNA

Información

Dirección	CL 20 29 A 60 SUR
Teléfonos	5618605-3212709767
Dirección	paruizs@hotmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	26/03/2015
Soporte Inscripción	16559222
Fecha Inicio Actividades	27/09/2007
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: 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 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ HUMANA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

PAULA ANDREA

RUIZ SERNA

C.C 53119123

TERAPEUTA OCUPACIONAL

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 10/02/2010

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 625 de 21/01/2010

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) RUIZ SERNA PAULA ANDREA Identificado(a) con CC número 53119123 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de TERAPEUTA OCUPACIONAL otorgado por LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA el día 16/12/2009 y registrado en el libro 3 Folio 73 año 2009
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 RUIZ SERNA PAULA ANDREA identificado(a) con CC número 53119123 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría 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 21/01/2010

ORIGINAL FIRMADO POR EL
Dr. Hermán Redondo Gómez
Director de Desarrollo de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ.
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C 21 Enero 2010.
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Paula Andrea Ruiz Serna
CC. # 53.119.123
Firma Paula Andrea Ruiz

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 * 53119123

Primer Nombre * paula

Primer Apellido * ruiz

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-18→8:42:09 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	53119123	PAULA	ANDREA	RUIZ	SERNA	**Ver**

Información Detallada [CC: 53119123] PAULA ANDREA RUIZ SERNA

2018-12-18→8:42:09 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Terapia ocupacional	2010/1/21	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).



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

NOMBRE: Paula Andrea Ruiz Serna

DOC. DE IDENTIDAD:

RH

Vacunarse es **PROTEGER** *su salud*

PROTEGER
BIO-CENTER LTDA.
NIT. 830.078 834 - 2

Vacunación Especializada

Atención Domiciliaria sin costo Adicional
Calle 112 No. 70B-31 Consultorio 201
Lineas de Atención al cliente: 4810203 - 2265819
310 763 22 53 - 310 321 0272
E-mail: proteger_biocenter@hotmail.com



	DOSIS	LOTE	APLICADA EL:	SELLO
HEPATITIS B	1		31 MAY 2006	PROTEGER BIO-CENTER LTDA.
	2		28 JUN 2006	
	3		28 AGO. 2006	
	REF		22 DIC 2008	
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA				

	DOSIS	LOTE	APLICADA EL:	SELLO
INFLUENZA	1		27 ENE. 2007	Gracied.
	2			
	3			
	4			
HEPATITIS A + B	1			
	2			
	3			



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Sede Bogotá
Dirección de Bienestar

PROGRAMA PREVENTIVOS Y DE PROMOCION DE LA SALUD

INMUNIZACIONES.

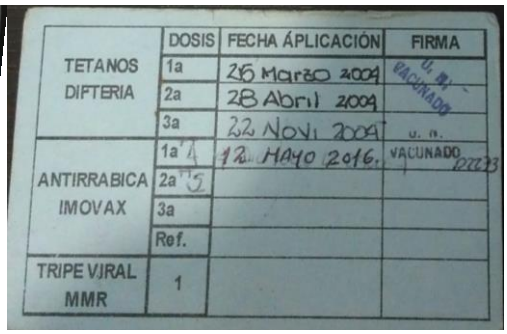
DIVISIÓN DE SALUD ESTUDIANTIL

CARNÉ DE VACUNACION

Paula Andrea Ruiz Serna
NOMBRE

081066
CODIGO

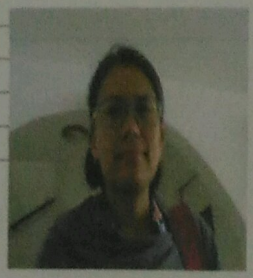
Terapia Ocupacional
CARRERA



	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	FIRMA
TETANOS DIFTERIA	1a	26 Marzo 2009	U. N. VACUNADO
	2a	28 Abril 2009	
	3a	22 Nov. 2009	U. N.
ANTIRRABICA IMOVAX	1a	12 MAYO 2016.	VACUNADO
	2a		
	3a		
	Ref.		
TRIPE VIRAL MMR	1		

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

Bogotá D.C, 09/ago/2016 02:59 pm



DATOS DEL PACIENTE

Nombres: PAULA ANDREA RUIZ SERNA
Tipo de Documento: CC **Documento** 53119123
Sexo: F **F. Nacimiento**: 24/dic/1985 **Edad**: 30.6 años
Entidad: PACIENTE PARTICULAR **Cargo**: TERAPEUTA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de **INGRESO**, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

1	APTO (A) FISICA Y MENTALMENTE PARA EL CARGO	Si	X
2	APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO INTERFIEREN CON SU FUNCION	Si	
3	CON RESTRICCION TEMPORAL PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si	
4	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si	

Tipo de Restriccion:NINGUNA
Duración:

Recomendaciones: SI

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida
X	Consulta optometria ANUAL, USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL
	Otras:

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica **X**

C.VISUAL	X	C.AUDITIVO		R.BIOMECANICO		NUTRICIONAL		CARDIOVASCULAR	
RIESGO QUIMICO				PREVENCION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS					

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda		Optometria		Agudeza Visual		Visiometria					
Espirometría		Audiometría		Frotis Garganta		KOH		RH		Coprológico		P. de O	
Glucosa		Hemograma		Serología		P. Alcohol		Drogas		Baciloscopia (BK)			
E.K.G.		Manipulación de Alimentos		Vacuna Tétanos		Enfasis Cardiovascular							
Perfil Lipidico		Psicométrico		F. Hepatica		Alturas		Creatinina					

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omision o falsedad sera causa justa de finalizacion del contrato.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):VIVIANA OSPINA ORTIZ ESP SO 4633/2014
Bogotá D.C, 09/ago./2016 02:59 pm

Viviana Ospina Ortiz M.D.
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia N 4633/2014
R.M.1863
Especialista Salud Ocupacional

Firma Examinado
C.C. No 53.119.123

ISO 9001:2008
BUREAU VERITAS Certification
CO15.00035



Certificación

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

CERTIFICA A:

PAULA ANDREA RUÍZ SERNA

C.C. 5319123

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 Valdés
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.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

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

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

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

FECHA:	17 / 12 / 2018	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RUIZ	SERNA	PAULA	ANDREA

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	53119123	BOGOTA	2004-01-09
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1985-12-24	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	1	1	3212709467

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☒	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL: Esp. SALUD OCUP	TERAPEUTA OCUPACIONAL

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 20 N 29A-60 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	5618605

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
PAU125100S@GMAIL.COM	—	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AMARIO	PEÑA	JULIAN	ERNESTO

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	16188547	FLORENCIA CAQUETA	1999-06-08
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL	ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8299	8692
		ICA	SI ☐	NO ☒		PRINCIPAL ☐	SECUNDARIA ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT	
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒			900.959.051-7

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

OTRA ☐ CUAL

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 N 5 43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL		FECHA VINCULACION	2010 11 08

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	0	GASTOS FAMILIARES	400.000	AHORROS	5000000	SALDO HIPOTECA	27584655
HONORARIOS	2.400.000	ARRIENDOS	0	INVERSIONES	2000000	TARJETAS DE CREDITO	5000000
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	247.000	PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	5600000
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	338.000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	2.400.000	TOTAL EGRESOS	985.000	TOTAL ACTIVOS	7000000	TOTAL PASIVOS	38184655

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
—	DEUDA LIBRE INVERSION	—	—

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
REY	DE ORJUELA	MELBA	ESPERANZA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 91 N 20A - 75 INT 3 APTO 202	BOGOTA	AMIGA	3115814804.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	475970089199	PLAZA DE LAS AMERICAS	3383838

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.):

TERAPEUTA OCUPACIONAL

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 licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) 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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

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

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

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

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por 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 Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, 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 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

Paula Andrea Ruiz Serna

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha		**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) PAULA ANDREA RUIZ SERNA identificado(a) con cedula ciudadania 53.119.123 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
ANDRES JULIAN ALMARIO RUIZ	HI	1013690753	RC	20170919	0	Activo	66

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10520557

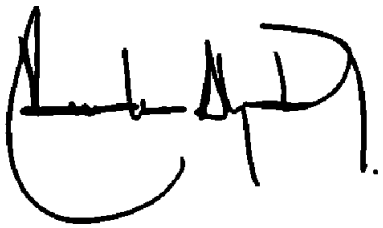
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **PAULA ANDREA RUIZ SERNA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **53,119,123**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 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

53119123	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Paula	Andrea	Ruiz	Sermol
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

24 Dic 1985	Bogota	Calle 20 N29A-60	5618605
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Porvenir	$ 2'400.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Terapeuta Ocupacional	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Paru1251005@gmail.com	3212709767
Correo Electrónico	Celular

PaulaAndreaRuizSerm	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118956921

WEB
06:54:50

Bogotá DC, 08 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) PAULA ANDREA RUIZ SERNA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53119123:

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 sábado 08 de diciembre de 2018, a las 06:57:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	53119123
Código de Verificación	531191231812080657O4

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. 2596081

Bogotá D.C., 8 de Diciembre de 2018 - 6:59 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **PAULA ANDREA RUIZ SERNA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL CIENTO VEINTITRES** de BOGOTA D.C.

53119123

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.

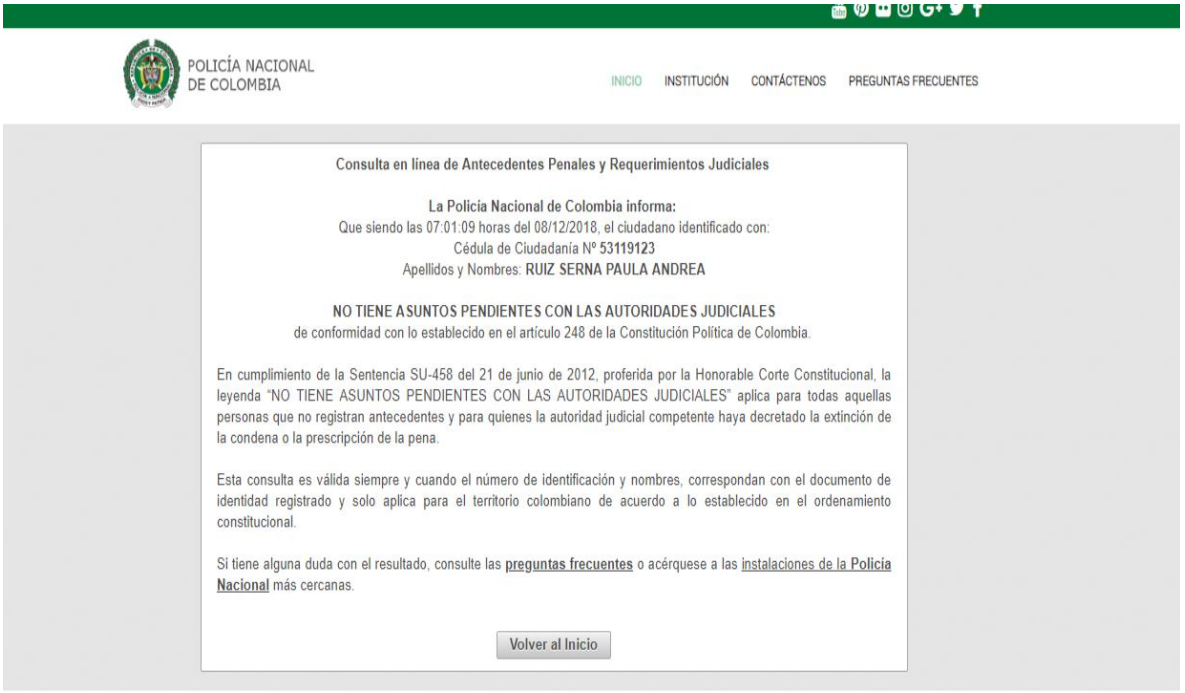
Certificado expedido sin costo alguno.

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_LJM98_586
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:01:09 horas del 08/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 53119123
Apellidos y Nombres: RUIZ SERNA PAULA ANDREA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las preguntas frecuentes o acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.
Volver al Inicio

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

A QUIEN INTERESE

Bogotá **2017/11/22**
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora PAULA ANDREA RUIZ SERNA** con **Cédula de Ciudadanía** número **53119123** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número:	**475770008799**
Fecha apertura:	**2010/11/25**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda