



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Acta de Grado No. 10268

En la Ciudad de Bogotá D.C., el 15 de diciembre de 2016, se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los doctores: Jaime Cadena Santos, Presidente, Germán Anzola Montero, Rector y Eliana Sánchez Saldarriaga, Secretaria General; en la cual la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ENFERMERA

A:

EVA JULIETH CARDENAS ROJAS

Identificada, con la Cédula de Ciudadanía No. 1.030.601.289 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 19 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Bogotá D.C., el 15 de diciembre de 2016.

Firmado por:

JAIME CADENA SANTOS
Presidente

ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **EVA JULIETH CÁRDENAS ROJAS** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.030.601.289, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los treinta (30) días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.601.289

CARDENAS ROJAS

APELLIDOS

EVA JULIETH

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1991

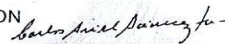
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-NOV-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00226613-F-1030601289-20100318

0021699221A 2

33275384



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EVA JULIETH CARDENAS ROJAS identificado(a) con CC 1030601289 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/04/2010

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS
KENEDY

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 11 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **EVA JULIETH CARDENAS ROJAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,030,601,289**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 11 de diciembre de 2018, a las 19:31:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030601289
Código de Verificación	1030601289181211193137

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:36:16 horas del 11/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1030601289

Apellidos y Nombres: **CARDENAS ROJAS EVA JULIETH**

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





Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2018 - 19:34 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 TREINTA MILLONES SEISCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE**

1030601289

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_LNFZ5_3419**

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119081926



WEB

19:27:53

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 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) EVA JULIETH CARDENAS ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030601289:

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.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EVA JULIETH CARDENAS ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1030601289

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los trece (13) días del mes de junio de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR

CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

52190135 - 13/06/2018

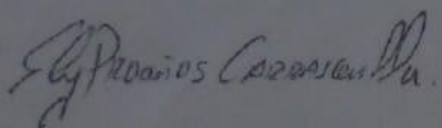
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9403001677207CC1030601289C.

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CARDENAS ROJAS, EVA JULIETH, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.030.601.289 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 060292265, abierta/o desde el 31/05/2017.

Se expide en Bogotá el día 13 del mes de Diciembre del año 2018



Firma Autorizada

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

CERTIFICA QUE:

Eva Julieth Cardenas Rojas

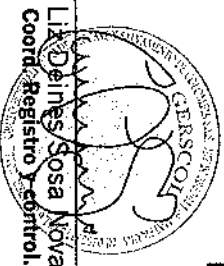
Identificado(a) con N° de Documento.

CC: 1.030.601.289

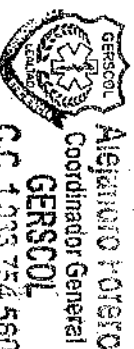
Asistió al curso correspondiente a:

SOPORTE VITAL AVANZADO

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



Lia Delina Sosa Nova
Coord. Registro y Control.



Alejandro Forero
Coordinador General
GERSCOL
C.C. 1.030.754.560

Alejandro Forero
Alejandro Forero Miracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 12 días de mes de Diciembre de 2018.
Vigencia hasta el día 12 del mes de Diciembre de 2020

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





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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EVA JULIETH CARDENAS ROJAS

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1030601289 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección supermanzana 2 calle 26sur 73 B 20 bq 11 apto 407

Teléfonos 3015384136 2997188

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NICOLLE SOFIA GONZALEZ CARDENAS	1013116626	HIJO(A)
ISABELLA GONZALEZ CARDENAS	1011107099	HIJO(A)
DAVID GONZALEZ LINARES	1030548493	COMPAÑERO PERMANENTE

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	\$ 35.349.935,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 35.349.935,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	060292273	KENNEDY	\$ 4.051,00
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	060292265	KENNEDY	\$ 3.044,00

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
-------------------	----------	-------



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
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

ICETEX	CREDITO ESTUDIOS	\$ 5.300.000,00
banco de bogota	credito libre inversion	\$ 6.500.000,00
CREDITO CODENSA	CREDITO LIBRE INVERSION	\$ 900.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

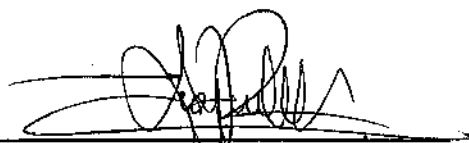
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
DAVID GONZALEZ LINARES	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1030548893

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. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES UDCA

Personería Jurídica No. 7392 - de Mayo de 1983 - Resolución No. 4975 del 29 de diciembre de 2004 - Ministerio de Educación Nacional

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

EVA JULIETH CARDENAS ROJAS

Cédula de Ciudadanía No. 1.030.601.289 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Universidad y cumplió los requisitos exigidos por los estatutos y la ley,
para un programa de formación de nivel de pregrado,
le confiere el título de:

Enfermera

En testimonio de lo anterior, se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., República de Colombia, 15 de diciembre de 2016.

Presidente,

Rector,

Decana,

Secretaría General,

Diploma No. 10268
Registrado al Folio No. 69
Del Libro de Diplomas No. 3
Fecha 15 de diciembre de 2016
Registro de Título 10168

Bogotá D.C

Señores:

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDEA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Eva Julieth Cárdenas Rojas 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:

1030601289

Tarjeta profesional No:

1030601289

Dirección de contacto:

C/10 73D#26-2050r

Teléfono:

2997188



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



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

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1030601289

Numero de Documento

Positiva

ARL

Eva

Primer Nombre

Juleth

Segundo Nombre

Cárdenas

Primer Apellido

Rojas

Segundo Apellido

07-11-1991

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Cra 73D #26-20 Sur

Dirección de Residencia

2997188

Teléfono Fijo

Nueva EPS

EPS - Salud

Ponvenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Enfermera

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

ecardenas1991@gmail.com

Correo Electrónico

3015384136

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

52 431 2024

 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: BT-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA	12/12/18	CIUDAD	Bogotá	DEPARTAMENTO	Cundinamarca
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PÚBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	Cárdenas	SEGUNDO APELLIDO	Rojas	PRIMER NOMBRE	Eva
SEGUNDO NOMBRE	Julieth				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUP ☐	1030601289	Bogotá
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI ☒ NO ☐
FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD	
1991-11-03	Bogotá / Cundinamarca		Colombia	Colombiana	
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☒	2	2	3015304136	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					PROFESIÓN OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO ☒	BACHILLER OTRO ☐	PRIMARIA ☐ TECNICO ☐	CUAL:
DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA
Cra 730 #26 - 20 SUR		Bogotá	Cundinamarca	Colombia	2997183
CORREO ELECTRÓNICO	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
evacardenas1991@gmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐		
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI TIENE)	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELÉFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	Gonzalez	SEGUNDO APELLIDO	Linares	PRIMER NOMBRE	David
SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUP ☐	1030	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:	
ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐				NACIONALIDAD	
				Colombiana	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PÚBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA..... ☐			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒	CÓDIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA
		ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	0692
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRAR RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIA ☒		CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA 9001510517		PAIS COLOMBIA	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: X			
DIRECCION DE LA EMPRESA Cra 14 #1-45601		TELEFONO 3282828		CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTA	
CARGO ACTUAL Enfermera		FECHA VINCULACION 2018-01-11			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACION FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS 2800.000 =		GASTOS FAMILIARES 1.800.000		AHORROS 4.400.000	
HONORARIOS 2800.000 =		ARRENDOS 1.800.000		INVERSIONES 4.400.000	
ARRENDOS 1.800.000		CUOTA VEHICULO 1.800.000		VEHICULOS 1.800.000	
COMISIONES 1.800.000		CUOTA VIVIENDA 1.800.000		PROPIEDADES 1.800.000	
OTROS INGRESOS* 1.800.000		OTROS EGRESOS* 1.800.000		OTROS ACTIVOS* 1.800.000	
TOTAL INGRESOS 2800.000 =		TOTAL EGRESOS 1800.000		TOTAL ACTIVOS 0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con la misma Contraparte y debe ser diferente en Hogar Laboral)					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
Banco de Bogota		Ahorros		060292265	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒		SUCURSAL		TELEFONO	
		Kennedy			
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:		PAIS/CIUDAD		MONEDA	
IMPORT ☐ 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 entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
Apoyo a la gestion como 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, complemente o modifique); ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.					
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.					
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.					
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asesariado: 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 desprendible de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extratos 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 Emprendedores: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Contratantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
4. Fotocopia del documento de Identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

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

NOTA: Todos los conceptos de Ingreso deben estar debidamente soportados (Acordamientos, venta activa, herencias, bonos, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales suministrados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con NIT 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, donador, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de los requisitos de los contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos de los contratos que celebre. h) La elaboración de estudios técnicos y estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujeto 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 regulaciones 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 dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanta gestiones de para efectos de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Pasapolda, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSPARENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlos, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal a) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: servicio@subredcentroorientesalud.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. **INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO.**

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente/ Representante Legal



Huella Dactilar Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha:	2. Ciudad:
3. Nombre del funcionario a quien se le entregó:	
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 verificó:	
4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:	
6. Firma y cédula:	



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: 08-año-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CARDENAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROJAS	NOMBRES EVA JULIETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1030601289	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 7 MES NOV AÑO 1991 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA supermanzana 2 calle 26 sur 73 B 20 bq 11 apto 407 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2997188 EMAIL julest07@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 BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	DICIEMBRE	AÑO	2007

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 (MAESTRÍA O MAGISTER), DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
UN	9	X	ENFERMERO(A)		12	2016	1030601289



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 08-ene-2019

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 SUBRED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 1 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 8 MES 1 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA HOSPITALIZACION,	DEPENDENCIA MEDICINA INTERNA	DIRECCIÓN CARRERA 14B - 1 45 SUR	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

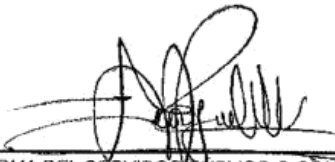
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	11
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Sistema Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente

Última Actualización: 08-ene-2019

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



DATOS PACIENTE

Nombres:	EVA JULIETH CARDENAS ROJAS
Tipo de Documento:	CC Documento 1030601289
Sexo: F F. Nacimiento: 07/11/1991	Edad: 26 Años
Entidad:	PARTICULAR/OCCIDENTE
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	CONTRATISTA
Fecha de Atención:	2017-12-27
Fecha y Hora entrega resultados:	27/12/2017 11:08 AM

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

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

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

OTRAS: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL HIGIENE POSTURAL USO DE EPP

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): ZULMA YAMILE QUIMBAYO **RM:** LIC 4453

Firma y sello del Médico Evaluador

EVA JULIETH CARDENAS ROJAS
C.C. 1030601289
Firma del trabajador Evaluado

*** BOGOTA SEDE PRINCIPAL**
Calle 19 No. 3-50 Edificio Barichara
Tel. (+1) 281 4505 - 289 5093 - 289 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel. (+1) 458 5819 - 203 0524

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-09
Tel. (+1) 282 8428 - 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 53 No. 17-83

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 53 No. 17-83
Tels. (+1) 414 6397 - 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 93-29
Tels. 305 1875 - 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 93-29
Tels. (+1) 257 3325 - 259 2552

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Estación Central

BUCA RAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Camposol,
Tels. (+7) 697 37 34 - 301 737 25 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto
Tel. (+8) 974 0916 - 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Paz de Maradó, Sector Lo Ajudador,
Calle 32 No. 21B - 21 Piso 2 Tel. (+5) 944 09 71

SEDE BARRANQUILLA



SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel. (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel. (+2) 240 4734 - 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels. (+4) 412 1145 - 416 7011

CAJÍ

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 *

1030601289

Primer Nombre *

EVA

Primer Apellido *

CARDENAS

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-17→12:38:09 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1030601289	EVA	JULIETH	CARDENAS	ROJAS	Ver

Información Detallada [CC: 1030601289] EVA JULIETH CARDENAS ROJAS

2018-12-17→12:38:09 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2017/5/12	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).



**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

Fecha: 29-12-2017

Hora: 8:18:42 AM

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 1030601289 EVA JULIETH CARDENAS ROJAS

Información

Dirección CL 34A 871 18 SUR
Teléfonos 2997188-3015384136
Dirección juliest07@hotmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 29/12/2017
Soporte Inscripción 21459652
Fecha Inicio Actividades 05/05/2017
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.

DIAN® <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		ANLISCA <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>		001	
2. Concepto 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario 14413767643			
				 <small>(415)7707212489984 (6020) 0000014413767643</small>			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 3 0 6 0 1 2 8 9 - 0		6. DV: 0		12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico: -3 2	
IDENTIFICACION							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3		26. Número de identificación: 1 0 3 0 6 0 1 2 8 9		27. Fecha expedición: 2 0 0 9 1 1 1 3	
28. País: COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1			
31. Primer apellido: CARDENAS		32. Segundo apellido: ROJAS		33. Primer nombre: EVA		34. Otros nombres: JULIETH	
35. Razón social:							
36. Nombre comercial:							
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 34 A 87 I 18 SUR BRR PATIO BONITO							
42. Correo electrónico: juliest07@hotmail.com		43. Código postal: 2 9 9 7 1 8 8		44. Teléfono 1: 3 0 1 5 3 8 4 1 3 6		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION							
Actividad principal 46. Código: 8 6 9 2		Actividad secundaria 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 7 0 5 0 5		Otras actividades 48. Código: 1 2		Ocupación 49. Código: 2 2 4	
		50. Código:				52. Número establecimientos:	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código: 2 0							
20- Obtención NIT							
Obligados aduaneros				Exportadores			
54. Código:				55. Forma: 1 2			
56. Tipo:				57. Modo:			
58. CPC:				59. 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: 0			
61. Fecha: 2 0 1 7 1 2 2 8							
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: TORRES GARCIA ZULLY YELENA				985. Cargo: Gestor I			

7



Envío Compra Eficiente

car por proces

Menú

Información de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Entidad: JULIETH CARDENAS ROJAS.

Entidad creada con el NIT 1030601289

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

haga clic aquí para continuar >

Confirmación de registro de Proveedor

Actualizar el contenido

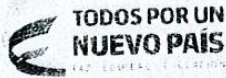
UTC -5 10:27:53



Buscar...

Id de página: 14001741 Ayuda

(7) MINSALUD



ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

EVA JULIETH CARDENAS ROJAS
C.C. 1.030.601.289

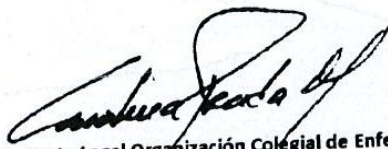
UNIV DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES - UDCA
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-12-15
FECHA DE INSCRIPCIÓN RETHUS: 2017-05-12



9958

Crear-ID.com | 821 9115


Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad
con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la
Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Nombre **CARDENAS ROJAS EVA JULIETH**
 Identificacion **CC 1030601289** Tel. **2997188**
 Edad **26 Años 9 Meses 27 Dias** Sexo **F**
 Medico **MEDICOS VARIOS**
 No. Ordenamiento **8248517**



Fecha de recepcion: **03-sep-2018 3:31 pm**
 Fecha de impresion: **04-sep-2018 6:59 am**
 Empresa **ANALISIS TECNICOS LTDA hospital de fusa)**
 Sede **REFERENCIA**
 Fecha Validacion **03-sep-2018 8:17:00p.m.**

Final

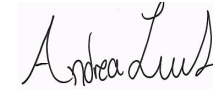
Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
	MAYOR DE 1000	mUI/ml	

V. de Referencia:

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



DRA. ELIANA GISELA DIAZ IBAÑEZ
 REG.21.062.197
 BACTERIOLOGA



Andrea S. Lemus Navarro
 C.C.1.098.764.588