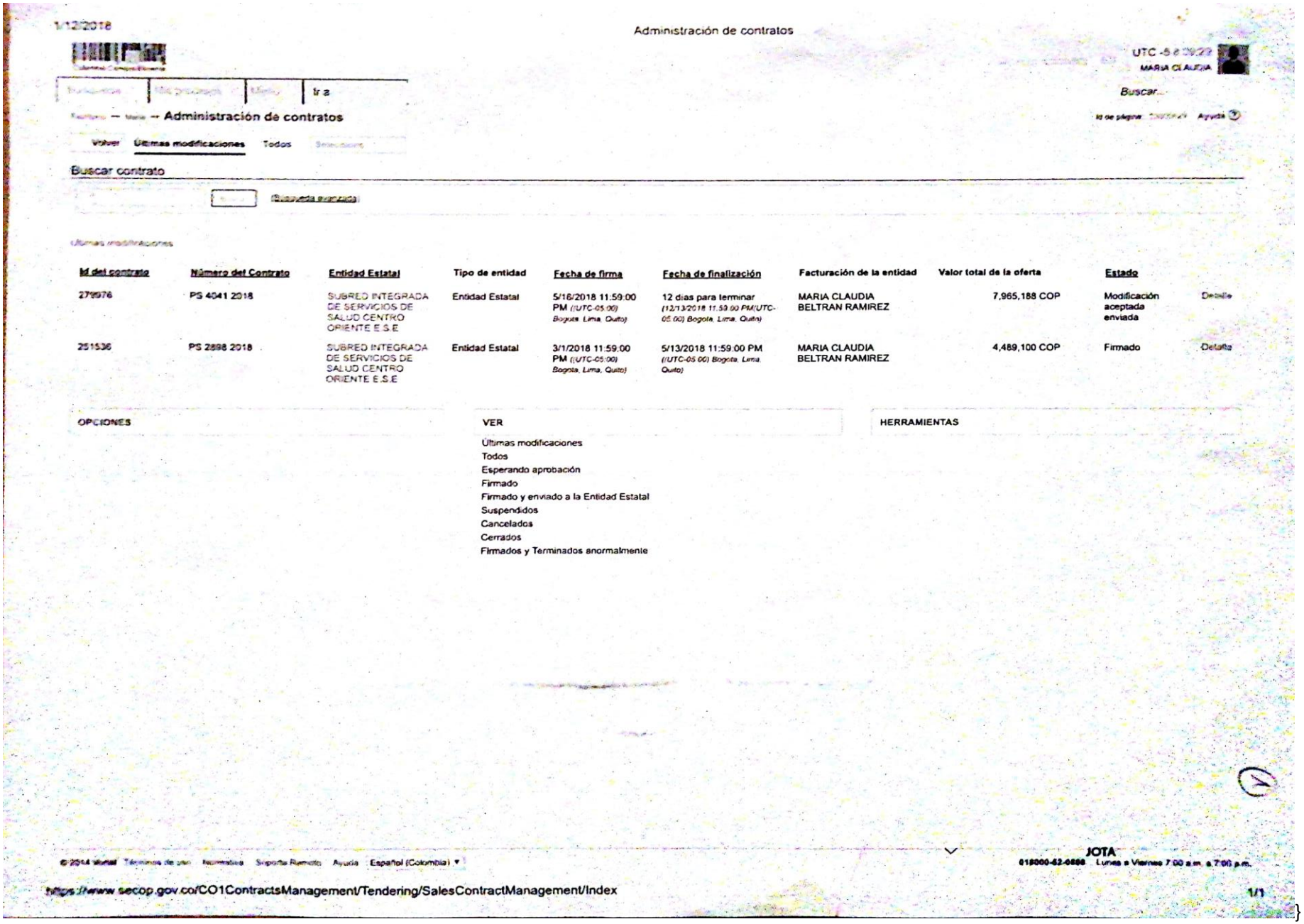
Soporte de inscripción SECOP dos



1/12/2018 Administración de contratos

UTC -5 MARIA CLAUDIA

Buscar...

Ir a

Ayuda

-- Administración de contratos

Volver | Últimas modificaciones | Todos

Buscar contrato

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
279976	PS 4041 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	5/16/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)	12 dias para terminar (12/13/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)	MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ	7,965,188 COP	Modificación aceptada enviada	Detalle
251536	PS 2898 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	3/1/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)	5/13/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)	MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ	4,489,100 COP	Firmado	Detalle

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

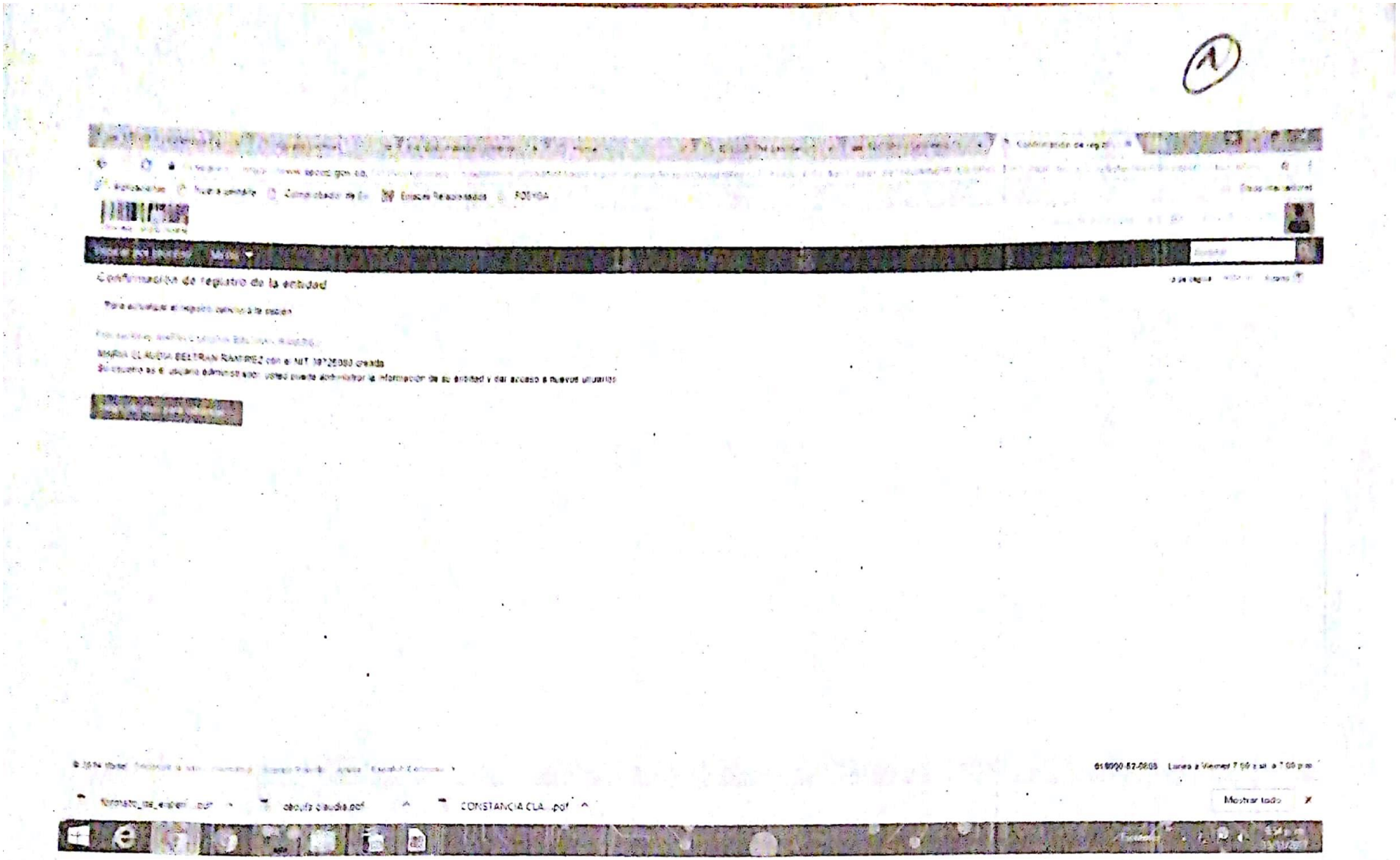
© 2014 Ayuda Español (Colombia)

JOTA

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index

1/1

Soporte de inscripción SECOP dos



Formato único de hoja de vida de la función pública

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BELTRAN	RAMIREZ	MARIA CLAUDIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 39'725.080

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 07 MES 07 AÑO 1975

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO San Cayetano

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 10 # 4B-51 BG9 APTO 201

PAÍS COLOMBIA DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO SIBATÉ

TELÉFONO 7255487 EMAIL _____

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 OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 08 AÑO 2004

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TECNICO	3	X		TECNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	4	2017	39'725.080

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

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

Formato único de hoja de vida de la función pública

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Centro Oriente	51		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	N

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
368 6449	DÍA 01 MES 09 AÑO 2015	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar S. Farmaceuticos	FARMACIA	CRA 22 # 12A-26

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

Formato único de hoja de vida de la función pública

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de 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

Formato único de hoja de vida de la función pública

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: 28-mar-2015

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BELTRAN	RAMIREZ	MARIA CLAUDIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39725080
SEXO: F (X) M ( )
NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )
LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA: DIA 7 MES JUL AÑO 1975
PAÍS: Colombia
DEPTO: Cundinamarca
CIUDAD: San Cayetano

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
Cr 10 #48-61
PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca
CIUDAD: Sibaté TELEFONO: 7255784
EMAIL: mbeltran.ips.hco@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ULTIMO 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									MEDIA	TITULO: Bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA					FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X — MES: AGOSTO AÑO: 2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:
TC (TECNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRIA O MAGISTER) **DC** (DOCTORADO O PHD)
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		TENICO LABORAL EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	4	2017	39725080

Formato único de hoja de vida de la función pública

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: 28-nov-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		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL CENTRO ORIENTE		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		mbeltral.ips.hco@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3444484	DIA 1 MES 10 AÑO 2015		DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
auxiliar de servicios farmaceuticos	farmacia		cra 22a n 23 26	

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	3	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	1

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 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 UNICO 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 de hoja de vida de la función pública

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 28-nov-2018

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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Maria Claudia Beltran Ramirez

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 39'725.080 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca	Sibaté

Dirección Cr 10 #43B-51 Bloq 9 - APTO 201 Teléfonos 3114040201 - 7255784

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Sara Tatiana Cuevas Beltran	1072195004	Hija
Cristian Felipe Cuevas Beltran	1072196498	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	18'000.000 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 18'000.000 -

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
BBVA	Ahorros	191199704	Marly	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

Scanned by CamScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

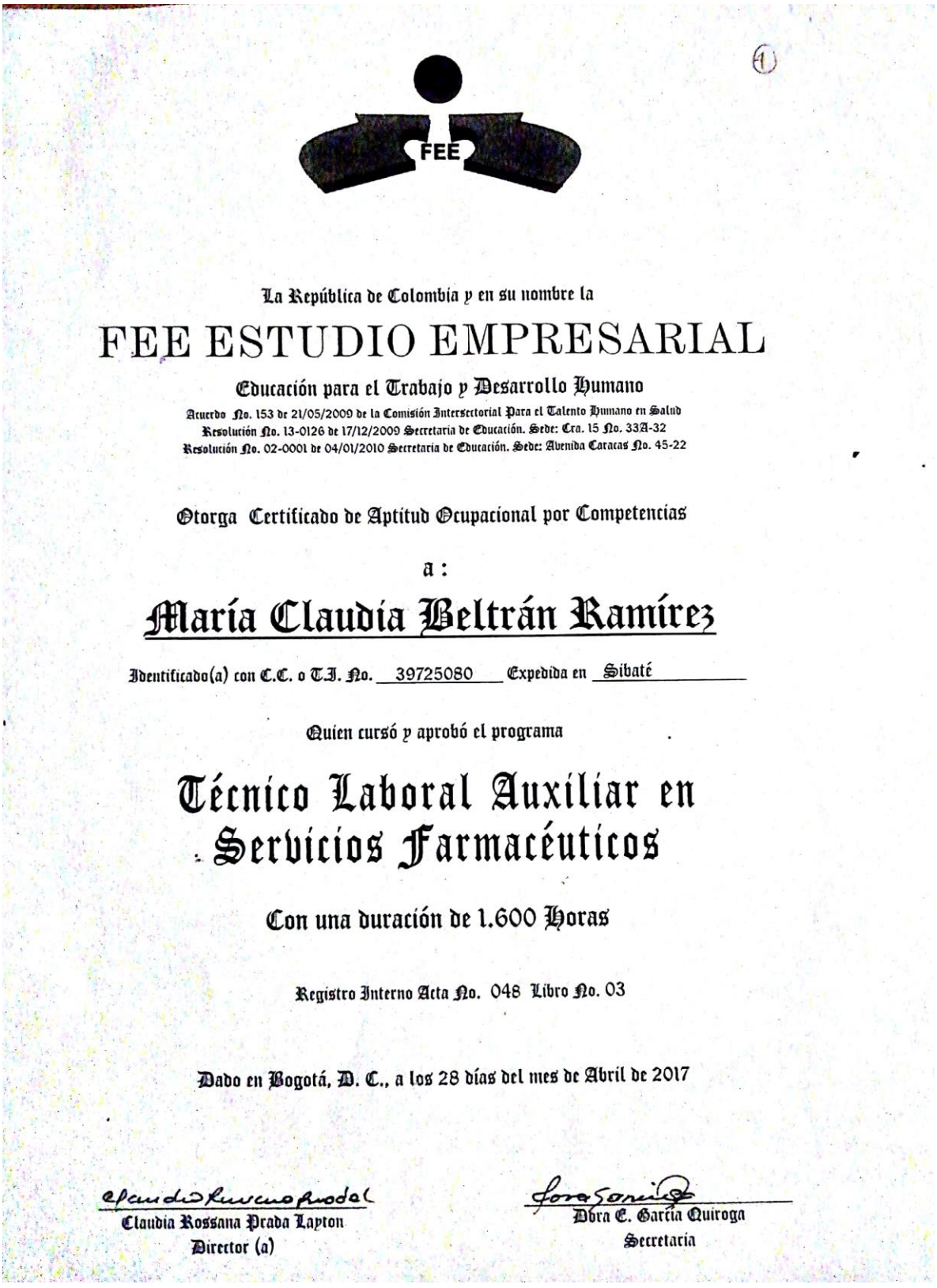
Bogotá
CIUDAD Y FECHA

DAFP-GAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

Scanned by CamScanner

Diplomas académicos



La República de Colombia y en su nombre la

FEE ESTUDIO EMPRESARIAL

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Acuerdo No. 153 de 21/05/2009 de la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud
Resolución No. 13-0126 de 17/12/2009 Secretaria de Educación. Sede: Cra. 15 No. 33A-32
Resolución No. 02-0001 de 04/01/2010 Secretaria de Educación. Sede: Avenida Caracas No. 45-22

Otorga Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

a:

María Claudia Beltrán Ramírez

Identificado(a) con C.C. o T.I. No. 39725080 Expedida en Sibaté

Quien cursó y aprobó el programa

Técnico Laboral Auxiliar en Servicios Farmacéuticos

Con una duración de 1.600 Horas

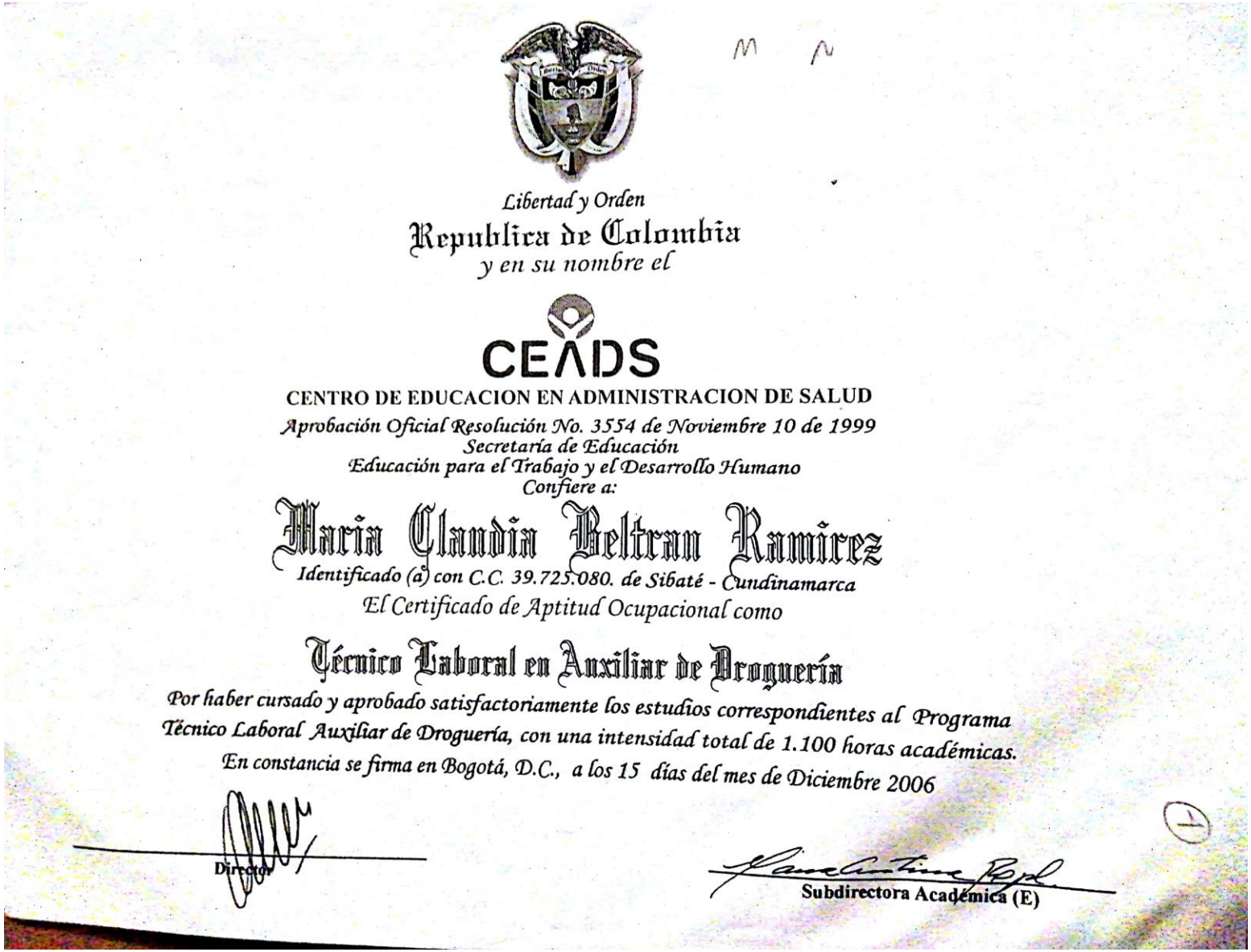
Registro Interno Acta No. 048 Libro No. 03

Dado en Bogotá, D. C., a los 28 días del mes de Abril de 2017

Claudia Rossana Prada Layton
Director (a)

Dora E. García Quiroga
Secretaria

Diplomas académicos



Libertad y Orden

República de Colombia

y en su nombre el

CEADS

CENTRO DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD

Aprobación Oficial Resolución No. 3554 de Noviembre 10 de 1999
Secretaría de Educación
Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Confiere a:

María Claudia Beltran Ramirez

Identificado (a) con C.C. 39.725.080. de Sibaté - Cundinamarca

El Certificado de Aptitud Ocupacional como

Técnico Laboral en Auxiliar de Droguería

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Programa Técnico Laboral Auxiliar de Droguería, con una intensidad total de 1.100 horas académicas.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de Diciembre 2006

Director

Subdirectora Académica (E)

La República de Colombia

El Ministerio de Educación

Y en su nombre

El Colegio Centro Cultural

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Según Resolución No 7451 del 5 de Noviembre de 1998
Para educación básica y media formal de Adultos.

Confiere a:

BELTRAN RAMIREZ MARIA C.

Doc. de Ident. No 39,725,080 SIBATE (CUND.)

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
Al ciclo de educación media vacacional, según los planes
y programas vigentes

Luis E. Rincón
Rector

Rector

Secretario

Dado en Bogotá A los 08 días del mes de Agosto de 2004

Anotado Al Folio 1 Del Libro de Registro No 2

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según
Decreto 921 del 6 De Mayo De 1994 del M.E.N.

5.Actas de grado de cada título académico

FEE ESTUDIO EMPRESARIAL

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Acuerdo No. 153 de 21/05/2009 de la Comisión Intersectorial
Para el Talento Humano en Salud
Resolución No. 13-0126 de 17/12/2009. Sede: Cra. 15 No. 33A-32
Resolución No. 02-0001 de 04/01/2010. Sede: Avenida Caracas No. 45-22

Acta de Certificación

En la ciudad de Bogotá, D. C., a los veintiocho (28) días del mes de Abril de 2017, se reunieron con el fin de formalizar la certificación de los estudiantes de último nivel, los suscritos Director(a) y Secretaria de la FEE, Institución aprobada y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá D. C., para otorgar CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, según Acuerdo No. 153 de Mayo 21 de 2009 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Resolución No. 13-0126 de 17/12/2009. Sede: Cra. 15 No. 33A-32 Resolución No. 02-0001 de 04/01/2010. Sede: Avenida Caracas No. 45-22

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron el Programa TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS se procedió a otorgar EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS al estudiante cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

María Claudia Beltrán Ramírez

Identificado con C.C o T.I. No. 39725080 Expedida en Sibaté

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 048 de fecha Abril 28 de 2017 que consta de 27 alumnos, que comienza con el nombre de ACOSTA VÁSQUEZ LINA VIVIANA y se cierra con el nombre de ZEA ROJAS SANDRA MILENA.

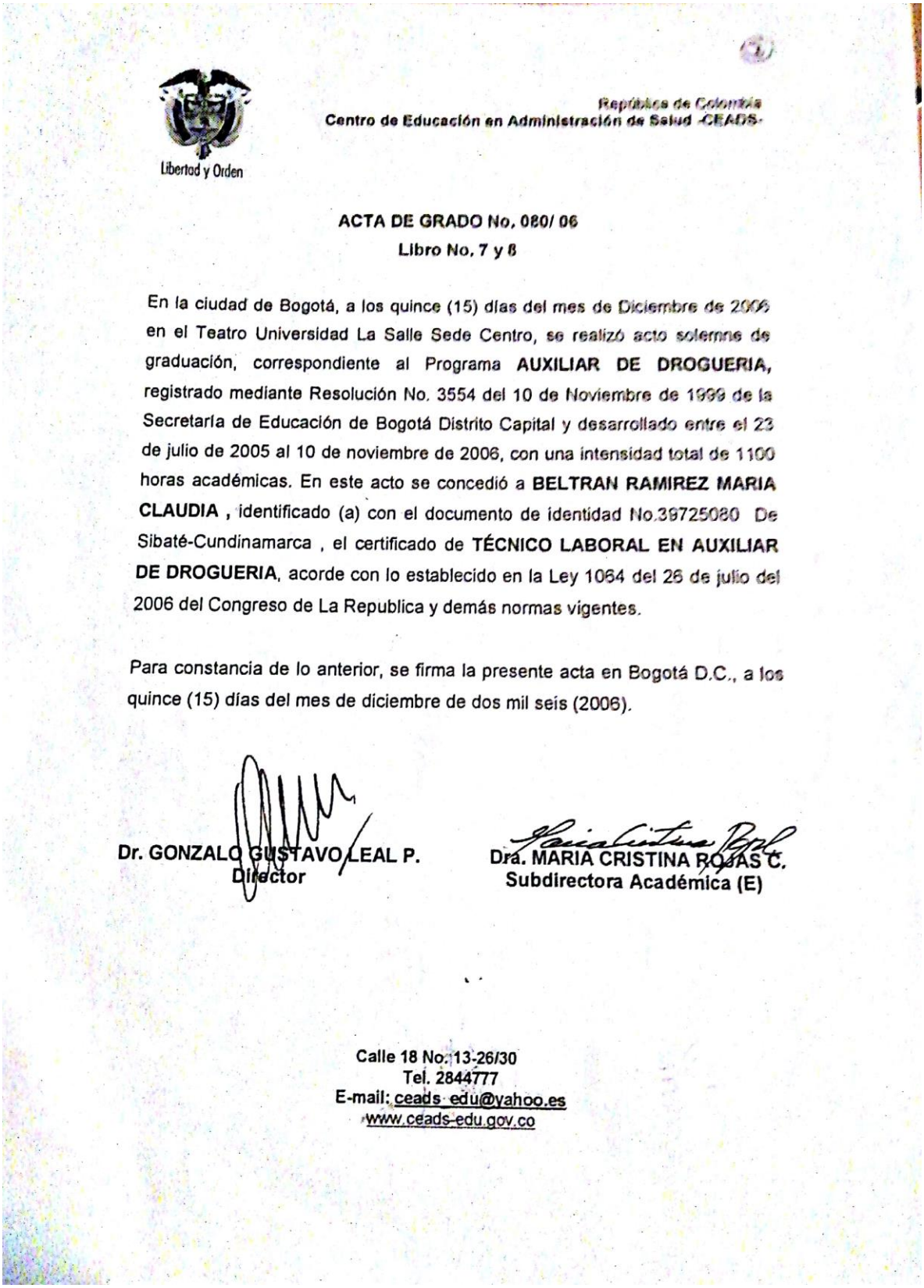
Firmada y sellada por CLAUDIA ROSSANA PRADA LAYTON, Director(a) y DORA E. GARCIA QUIROGA, Secretaria

Dada en Bogotá D.C., a los 28 días del mes de Abril de 2017.

CLAUDIA ROSSANA PRADA LAYTON
C.C. No. 63.341.678 de Bucaramanga
Director(a)

DORA E. GARCIA QUIROGA
C.C. No. 28.191.393 de Jesús María S.S.
Secretaria

5.Actas de grado de cada título académico



Libertad y Orden

República de Colombia
Centro de Educación en Administración de Salud -CEADS-

ACTA DE GRADO No. 080/ 06
Libro No. 7 y 8

En la ciudad de Bogotá, a los quince (15) días del mes de Diciembre de 2006 en el Teatro Universidad La Salle Sede Centro, se realizó acto solemne de graduación, correspondiente al Programa **AUXILIAR DE DROGUERIA,** registrado mediante Resolución No. 3554 del 10 de Noviembre de 1999 de la Secretaría de Educación de Bogotá Distrito Capital y desarrollado entre el 23 de julio de 2005 al 10 de noviembre de 2006, con una intensidad total de 1100 horas académicas. En este acto se concedió a **BELTRAN RAMIREZ MARIA CLAUDIA ,** identificado (a) con el documento de identidad No.39725080 De Sibaté-Cundinamarca , el certificado de **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE DROGUERIA**, acorde con lo establecido en la Ley 1064 del 26 de julio del 2006 del Congreso de La Republica y demás normas vigentes.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil seis (2006).

Dr. GONZALO GUSTAVO LEAL P.
Director

Dra. MARIA CRISTINA ROJAS C.
Subdirectora Académica (E)

Calle 18 No. 13-26/30
Tel. 2844777
E-mail: ceads_edu@yahoo.es
www.ceads-edu.gov.co

5.Actas de grado de cada título académico

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO CENTRO CULTURAL

CALLE 72 SUR No 2A - 32
TELEFONO 3 699286
LA AURORA
BOGOTA, D.C.

En la ciudad de Bogotá a los seis (06) días del mes de Agosto de 2004 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos bachilleres de último grado, los suscrito rectora y secretario en la rectoría del **COLEGIO CENTRO CULTURAL**, institución aprobada y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C, en la modalidad de Educación Básica y Media Formal de Adultos, para otorgar el título de **BACHILLER ACADEMICO** según resolución No 7451 del 13 Noviembre de 1998.

Comprobado la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de media vocacional, se procedió a otorgar el título de bachiller académico al graduando cuyos apellidos, nombre y número de documento de identidad se relaciona a continuación.

BELTRAN RAMIREZ MARIA CLAUDIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No 39,725,080 SIBATE (CUND.)

Es fiel copia tomada de la acta general No 024 de Agosto 06 de 2004 que consta de 97 alumnos que comienzan con el nombre de ACOSTA ARISTIZABAL SANDRA LILIANA. y termina con el nombre de VELOZA DURAN MARIA SANTOS.

Firmado y sellado por LUZ EDITH BARAHONA (Rectora) y MIGUEL ALBERTO ALDANA CASTRO (Secretario).

Dada en Bogotá a los 06 días del mes de Agosto de 2004.

Firmado y Sellado

COLEGIO CENTRO CULTURAL
BOGOTA

LUZ EDITH BARAHONA
RECTORA
C.C. 35.486.797 de Bogotá

MIGUEL ALBERTO ALDANA
SECRETARIO
C.C. 19.380.486 de Bogotá

Formato de autorización consulta de títulos académicos

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO- GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS	CÓDIGO: AP-TH-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-01-16

Bogotá D.C

Señores:

FEE ESTUDIO EMPRESARIAL

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Maria Claudia Beltran Ramirez. 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:

Tecnico Laboral Auxiliar en Servicios.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Maria Claudia Beltran R

No. de documento: 39'725.080

Tarjeta profesional No: 39'725.080

Dirección de contacto: Cra 10 # 4B-51

Teléfono: 3114040201.

Certificados laborales registrados en formato único de hoja de vida

(9)

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ**, identificada con CC. Nº 39.725.080, 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 DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
403 DE 2015	26-08-2015	09-01-2017	$23.074.829
PS-0233-2017	10-01-2017	15-12-2017	$16.932.000
PS 5186 2017	01-12-2017	28-02-2018	$4.498.600

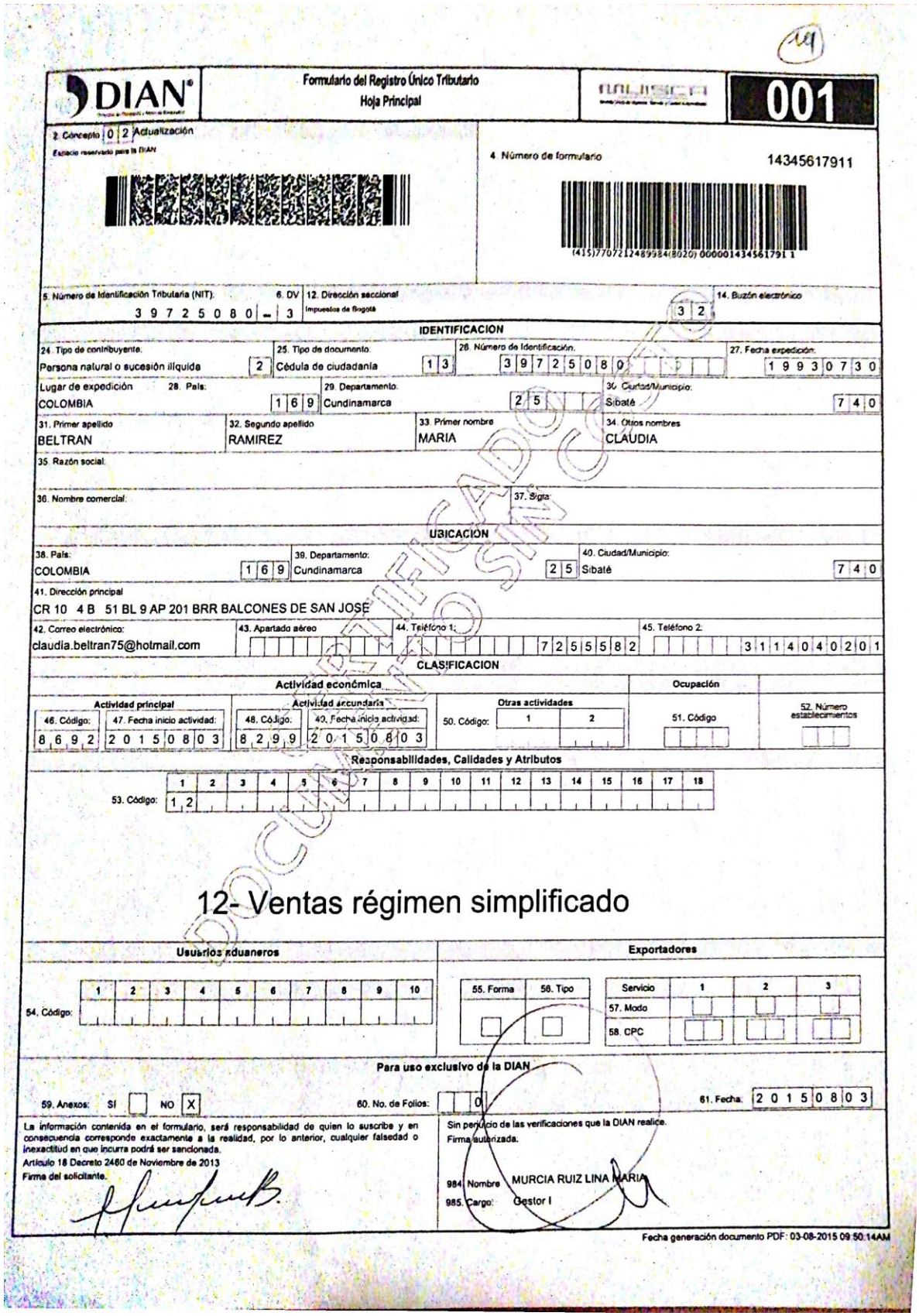
OBJETO DEL CONTRATO:
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Apoyar las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente
2. Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos
3. Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control
4. Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales
5. Cumplir con las normas de bioseguridad.
6. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
7. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
8. Orientar al personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Formatos de Contingencia que se presenten y demás, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades en donde se solicite.
9. Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne.
10. Realizar el envío de los documentos relacionados con el proceso al Área de Autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
11. Llevar registro de las actividades y procedimientos que se le asignen, según los formatos o bases de datos del proceso, así como mantener actualizados los informes definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso.
12. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones u objeciones que establezcan las entidades aseguradoras.

Foto Copia de cedula



RUT



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14345617911

(415)7707212489984(8020) 000001434561791 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 9 7 2 5 0 8 0 – 3

6. DV

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: 3 9 7 2 5 0 8 0

27. Fecha expedición: 1 9 9 3 0 7 3 0

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Cundinamarca — 2 5

30. Ciudad/Municipio: Sibaté — 7 4 0

31. Primer apellido: BELTRAN

32. Segundo apellido: RAMIREZ

33. Primer nombre: MARIA

34. Otros nombres: CLAUDIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Cundinamarca — 2 5

40. Ciudad/Municipio: Sibaté — 7 4 0

41. Dirección principal: CR 10 4 B 51 BL 9 AP 201 BRR BALCONES DE SAN JOSE

42. Correo electrónico: claudia.beltran75@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 7 2 5 5 5 8 2

45. Teléfono 2: 3 1 1 4 0 4 0 2 0 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8 6 9 2 — 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 0 8 0 3

Actividad secundaria — 48. Código: 8 2 9 9 — 49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 0 6 0 3

Otras actividades — 50. Código: 1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

DOCUMENTO NO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 5 0 8 0 3

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: MURCIA RUIZ LINA MARIA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 03-08-2015 09:50:14AM

RIT

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 03/09/2018
Hora 10:28:12 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 39725080-3 MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ

Información General

Dirección KR 10 48 51 BL 9 AP 201

Teléfonos 7255582

Dirección electrónica claudia.beltran75@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 27/12/2010

Soporte Inscripción 13272122

Fecha Inicio Actividades 27/12/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8692 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: 8299 OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

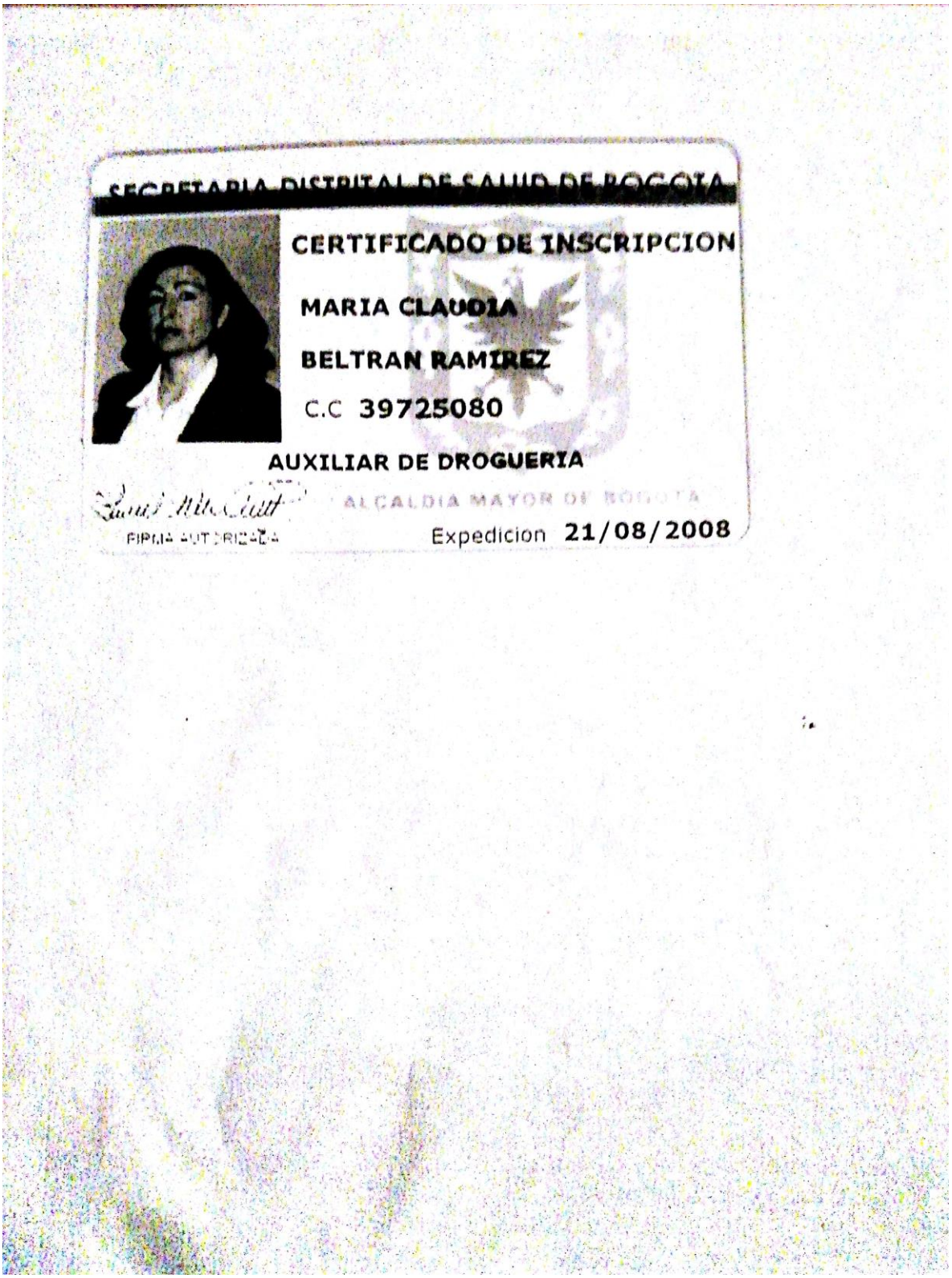
Código de Verificación de Información: 150000013408

Fuente IGA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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

Tarjeta profesional



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MARIA CLAUDIA

BELTRAN RAMIREZ

C.C 39725080

AUXILIAR DE DROGUERIA

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 21/08/2008

Resolución expedida por secretaria de salud

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

(15)

Resolución No 6724 *de* 13/07/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BELTRAN RAMIREZ MARIA CLAUDIA Identificado(a) con CC número 39725080 expedida en SIBATE - CUND. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS otorgado por FEE ESTUDIO EMPRESARIAL el día 28/04/2017.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a BELTRAN RAMIREZ MARIA CLAUDIA identificado(a) con CC número 39725080 expedida en SIBATE - CUND. para desempeñarse como AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **13/07/2017**

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Reviso Sebastián Quiroz L
Elaboro Victor Sánchez

Bogotá, D.C 14 Noviembre
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Maria Claudia Beltran
CC. # 39725080
Firma

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

ISO 9001 Icontec
NTCGP 1000 Icontec

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Resolución expedida por secretaria de salud

(18)

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 6896 *de* 28/07/2008

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) BELTRAN RAMIREZ MARIA CLAUDIA Identificado(a) con CC número 39725080 expedida en SIBATE - CUND. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE DROGUERIA otorgado por EL CENTRO DE EDUCACION DE SALUD CEADS el día 15/06/2006 y registrado en el libro XX Folio XX año XX

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 BELTRAN RAMIREZ MARIA CLAUDIA identificado(a) con CC número 39725080 expedida en SIBATE - CUND. para desempeñarse como AUXILIAR DE DROGUERIA 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 debera 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 28/07/2008

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

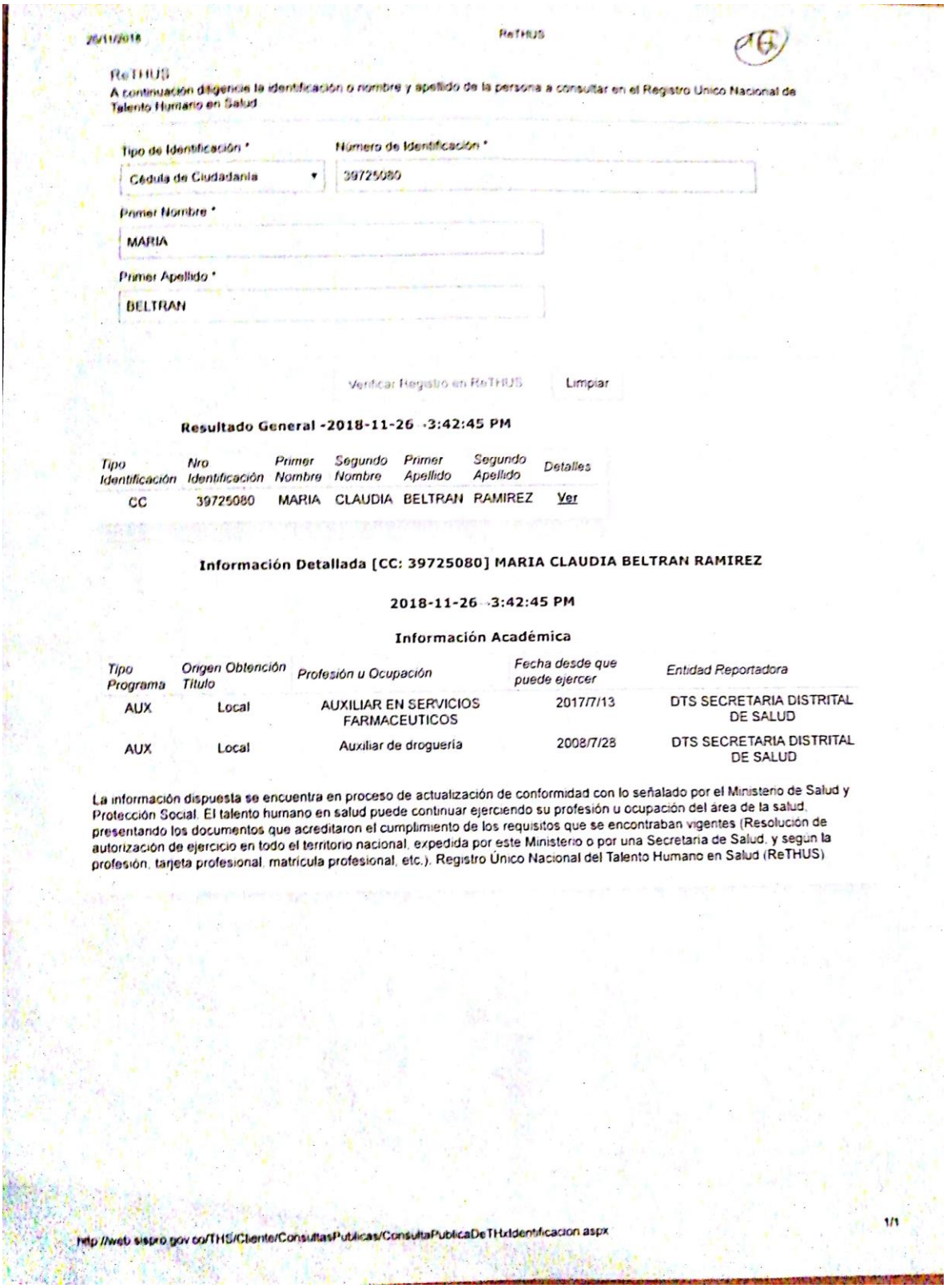
HERMAN REDONDO GOMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodriguez

Bogotá, D.C 21-08-08
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Maria Claudia Beltran Ramir
CC. # 39725080 Sibate
Firma

BOG BOGOTÁ POSITIVA

Certificación de inscripción en RETHUS



26/11/2018 ReTHUS

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 39725080

Primer Nombre *: MARIA

Primer Apellido *: BELTRAN

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-11-26 -3:42:45 PM

Tipo Identificación	Nro Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	39725080	MARIA	CLAUDIA	BELTRAN	RAMIREZ	Ver

Información Detallada [CC: 39725080] MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ

2018-11-26 -3:42:45 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	2017/7/13	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Auxiliar de droguería	2008/7/28	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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS)

http://web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx 1/1

Carnet de vacunas

HOSPITAL CENTRO ORIENTE

SEDE SAMPER MENDOZA

A.R.L. SURA

Bogotá, Octubre 09 de 2015

ANALISIS REALIZADO :

HEPATITIS B, Anti - HBs

METODO : Quimioluminiscencia

Titulos Anticuerpos HBs			
Menor de		10	mUI/mL
10	-	100	mUI/mL
100	-	1000	mUI/mL
1000	-	10000	mUI/mL
Mayor de		10000	mUI/mL

Tiempo de Protección	
Es necesario vacunar o aplicar refuerzo	
6	meses
2	años
3 - 5	años
6	años

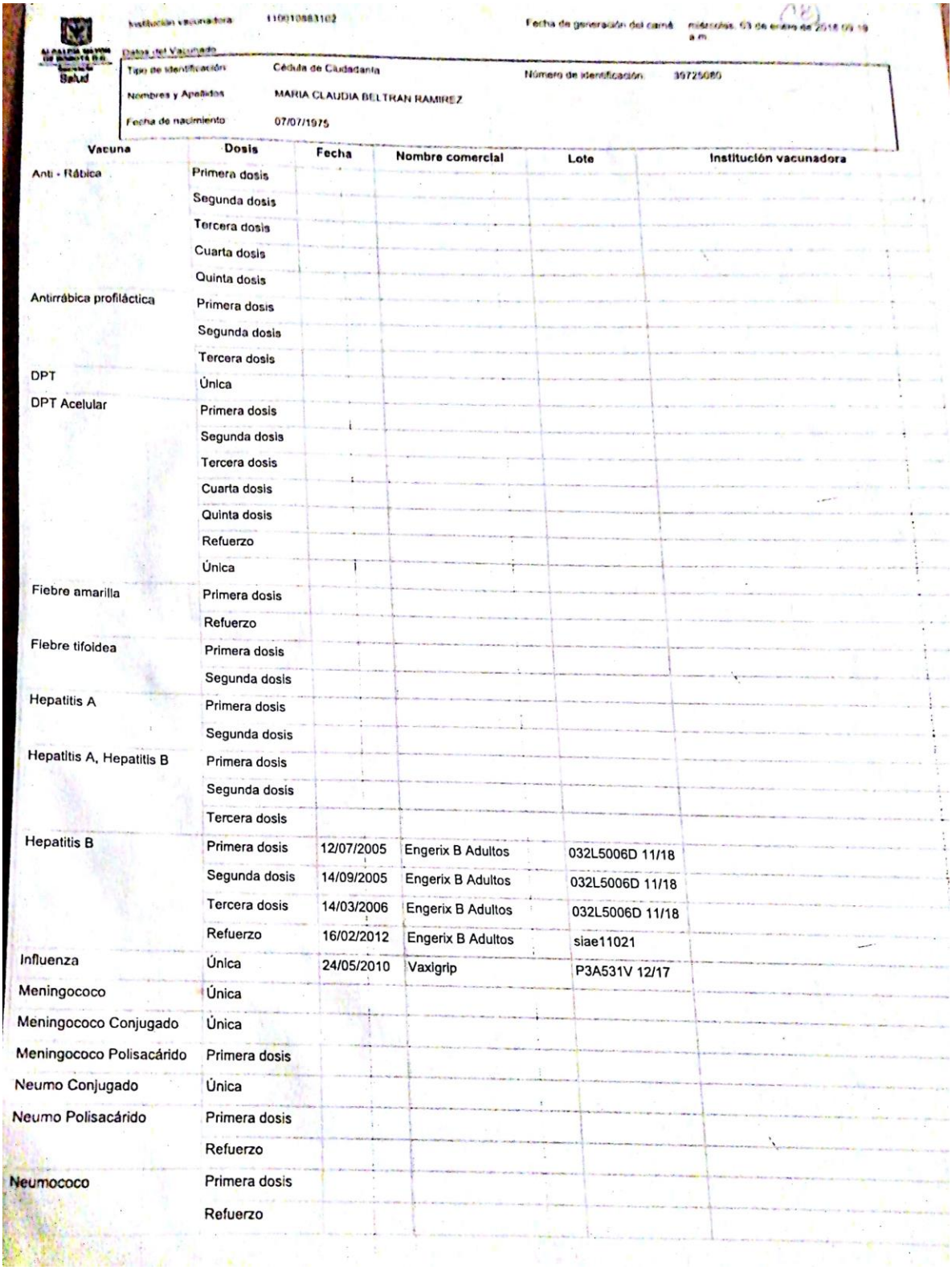
Después de 6 años aplicar dosis de refuerzo

CONS	NOMBRE	CEDULA	EDAD	SEXO	Anti-HBs mUI/mL
1	BELTRAN RAMIREZ MARIA CLAUDIA	39.725.080	40	F	168,0
2	CANDIA CASTILLO CELIA	51.813.827	51	F	886.0
3	CARRILLO HERRERA DEYANIRA	51.937.772	46	F	< 3,0
4	CASTELLANOS DOMINGUES SANDRA	52.382.264	37	F	< 3.0
5	CASTILLO OSPINA PABLO ANDRES	1.023.861.170	29	M	< 3.0
6	FORERO SANTANA CARMEN ROSA	39.660.874	56	F	> 2000
7	GOMEZ BEJARANO ELIZABETH	51.898.381	48	F	644,0
8	HERNANDEZ GOMEZ LUIS DOMINGO	13.927.860	37	M	588.0
9	MANZANO URIBE GABY	40.777.57	43	F	3,6
10	MARTINEZ LOPEZ NURY JEANNETH	52.848.240	36	F	700,0
11	OVIEDO PERDOMO DIEGO FERNANDO	1.030.593.987	24	F	93,4
12	PARAA PEÑA LINA NATHALIA	53.074.209	30	F	118,0
13	RAMIREZ ACERO CLARA LAURA	24.120.034	53	F	< 3,0
14	RODRIGUEZ DIAZ AILIN ANGELICA	1.013.667.325	19	F	6,0
15	RODRIGUEZ RODRIGUEZ AURA YANETH	51.554.585	55	F	< 3,0
16	RUGE BEJARANO YULY SHERLEY	1.030.601.214	23	F	< 3,0
17	SARMIENTO BALLESTEROS MELCY	52.317.345	38	F	5,4

LABINTOX S.A.S.
Lic. S. Ocup. 12960
Jeannette Garcia Leon
TP.39562412

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	02-11-18	D12M 7202	12/19 SALCO
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Carnet de vacunas



Institución vacunadora: 110010883102

Fecha de generación del carné: miércoles, 03 de enero de 2018 09:19 a.m.

Salud

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	39725080
Nombres y Apellidos:	MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ		
Fecha de nacimiento:	07/07/1975		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	12/07/2005	Engerix B Adultos	032L5006D 11/18	
	Segunda dosis	14/09/2005	Engerix B Adultos	032L5006D 11/18	
	Tercera dosis	14/03/2006	Engerix B Adultos	032L5006D 11/18	
	Refuerzo	16/02/2012	Engerix B Adultos	siae11021	
Influenza	Única	24/05/2010	Vaxigrip	P3A531V 12/17	
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

Examen médico ocupacional de ingreso

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – ecografiascolorcontreras@hotmail.com
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaría Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: Subred Centro Oriente				
Fecha: Nov 15/2017	Cargo: Auxiliar Farmacia.			
Tipo de examen	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas —

Trabajador

Apellidos: Beltrán Ramírez	Nombres: María Claudia.		
ID: 39.725.080	Tel:	Sexo: F.	Edad: 42
Profesión: Auxiliar Farmacia		Diestro: Si	Zurdo —

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional: Si	Audiometría —	Optometría —	
Radiografía —	Electrocardiograma —	Espirometría —	
Glicemia —	Colesterol, —	Triglicéridos —	
Otros —			

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones —	Puede continuar su labor —
Apto con restricciones que no limitan su labor —	Puede continuar con reubicación laboral —
Apto para el cargo Si	Examen de retiro satisfactorio —
Aplazado por restricciones —	Examen de retiro con patología —
Apto para trabajo en alturas. No	No apto —

Restricciones médicas ocupacionales
- No presenta.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal Si	Valoración por: —
Hacer pausas activas. Si	Reubicación laboral temporal. —
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. Si	Rehabilitación ocupacional. —
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias —
Otras —	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Gustavo Contreras
DICO CIRUJANO - U NAL
ecialista Salud Ocupacional
ncia S O Nº 15006/2015 S D S

Médico Licencia en Salud Ocupacional

C.C. 39725080.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.

v 1-2.017

Certificado formación del personal asistencial en víctimas de violencia sexual



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

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

CERTIFICA QUE:

MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ

C.C.: 39725080

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017

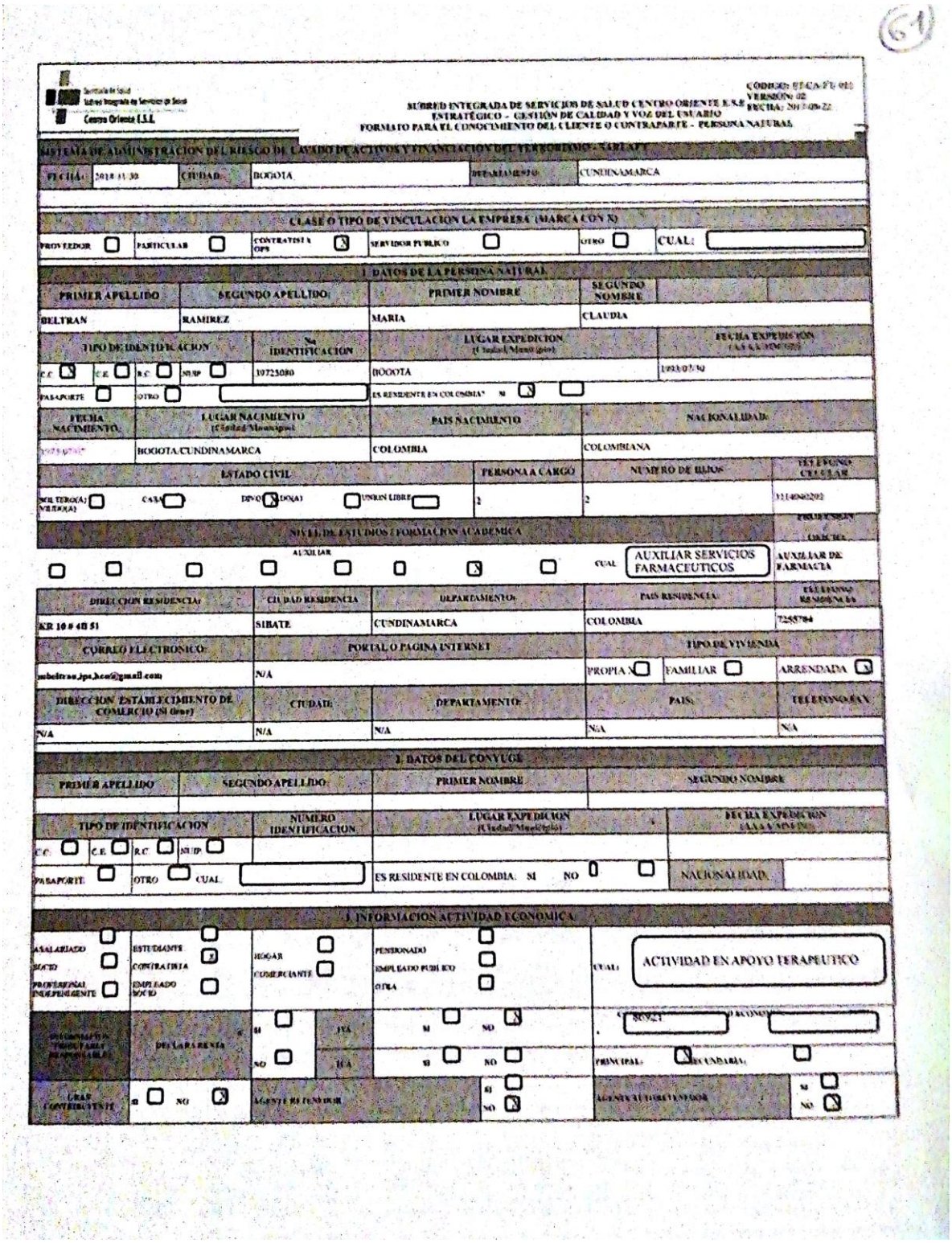
Martha Yolanda Ruíz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado 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

SARLAF



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

CÓDIGO: GTCA-FT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-09-22

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

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 2018-11-30	CIUDAD: BOGOTA	DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

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
BELTRAN	RAMIREZ	MARIA	CLAUDIA

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (DIA/MES/AÑO)
C.C ☒ C.E ☐ R.C ☐ NUIP ☐	10723080	BOGOTA	1993/07/30
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
[illegible]	BOGOTA/CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐	2	2	3114060202

NIVEL DE ESTUDIOS Y FORMACION ACADEMICA										TELEFONO OFICINA
		AUXILIAR ☐					TECNICO ☒		CUAL: AUXILIAR SERVICIOS FARMACEUTICOS	AUXILIAR DE FARMACIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 10 # 4B 51	SIBATE	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7255784

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐
isabeltrans_jps_hco@gmail.com	N/A			

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

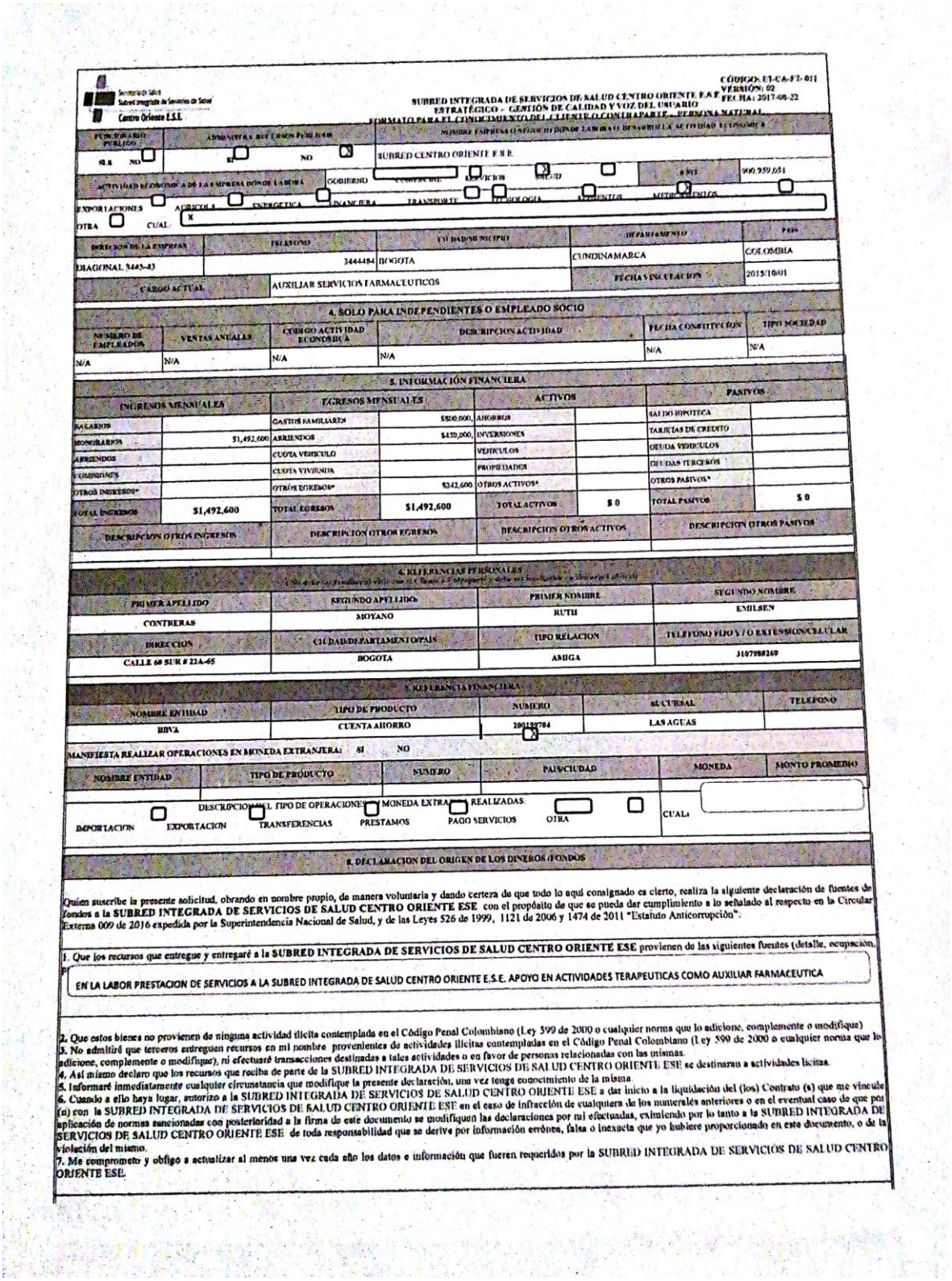
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (DIA/MES/AÑO)
C.C ☐ C.E ☐ R.C ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

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

DECLARANTE	SI ☐	IVA	SI ☐ NO ☒	CIIU: 8021 ACTIVIDAD ECONOMICA:
	NO ☐	IVA	SI ☐ NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORRETENEDOR SI ☐ NO ☒

SARLAF



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

CÓDIGO: EI-GA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA CONTRATO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA							
SI X NO	SI NO X	SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.						NIT	900.959.051
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD					
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	FINANCIERA	TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MINERO/PETROLEO		
OTRA	CUAL:	X							

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 3443-43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	AUXILIAR SERVICIOS FARMACEUTICOS		FECHA VINCULACION	2015/10/01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIO		GASTOS FAMILIARES	$820,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$1,492,600	ARRIENDOS	$450,000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$242,600	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$1,492,600	TOTAL EGRESOS	$1,492,600	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CONTRERAS	MOYANO	RUTH	EMILSEN
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
CALLE 60 SUR # 22A-65	BOGOTA	ABUGA	3107988169

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	CUENTA AHORRO	200122704	LAS AGUAS	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION EXPORTACION TRANSFERENCIAS PRESTAMOS PAGO SERVICIOS OTRA CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

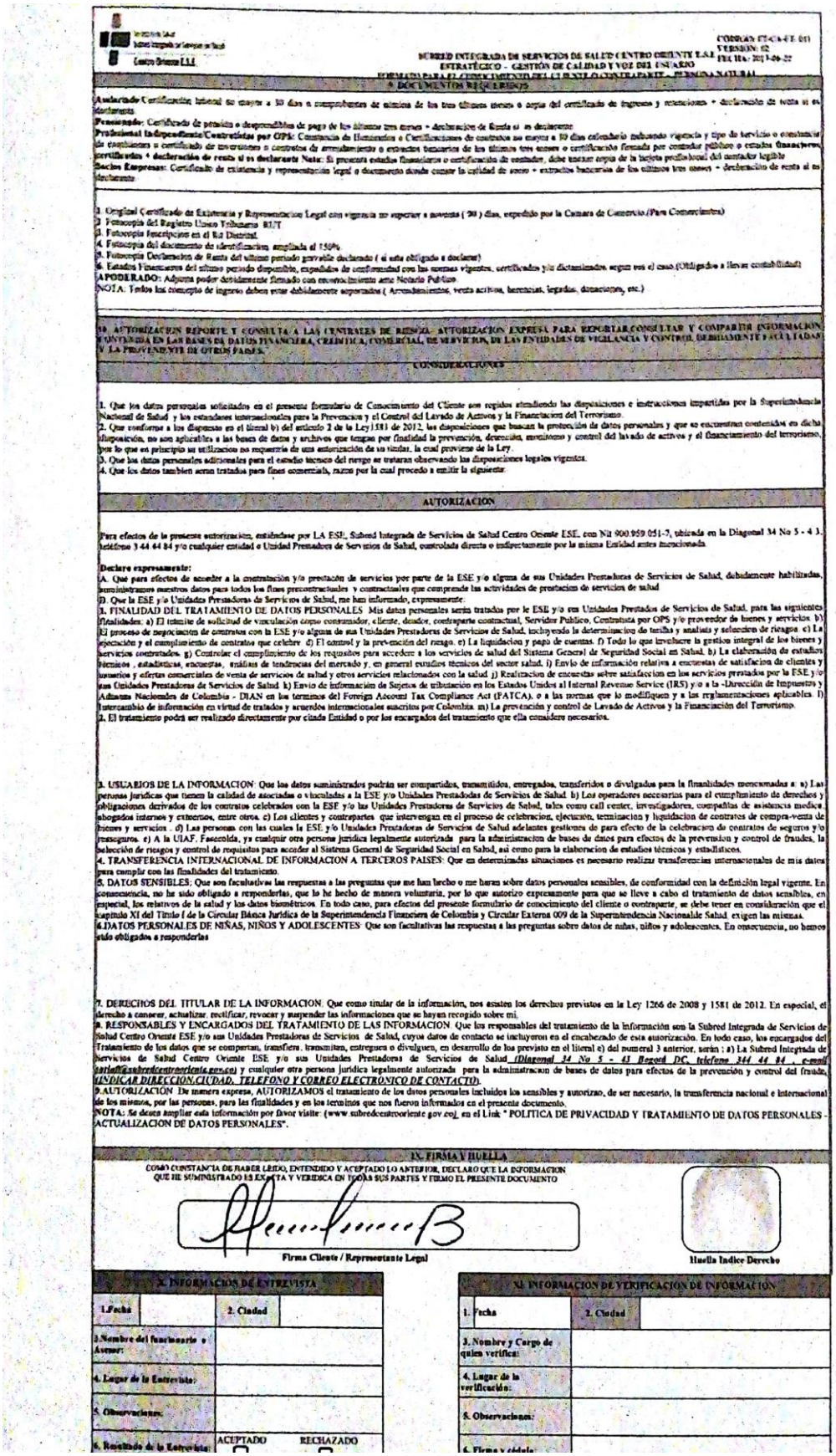
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar 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, P

EN LA LABOR PRESTACION DE SERVICIOS A LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO EN ACTIVIDADES TERAPEUTICAS COMO AUXILIAR FARMACEUTICA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por 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.

SARLAF



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 CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ETCA-FT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-06-22

V. 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 desprendible de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Certificación de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de cumplimiento 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 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 Comerciantes)
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: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a las disposiciones 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 contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detención, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio no utilizacion no requerira de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio tecnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 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, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprenda 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 tramite 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 negociacion 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a los reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que 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 externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF. Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de 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 elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hayan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, 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 contacto@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACION: 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 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

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 ☐	

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			

Certificado afiliación EPS

(62)

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ identificado(a) con cedula ciudadania 39.725.080 , 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	Semanas Cotizadas
20171005	No Registrada	47

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Noviembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED CENTRO ORIENTE

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.

CER-AFI

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10430425

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

Certificado de afiliación a fondo de pensión

(63)

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **39,725,080**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Noviembre de 2018.

Gerente de Clientes

Formulario de afiliación administración de riesgos laborales

ARL | sura

Medellín, 26 noviembre 2018

SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S A
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de la ARL SURA a la fecha 26/11/2018 15:41, con relación a la afiliación y cobertura de MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 39725080, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 01/09/2015
Fecha de fin de cobertura: 31/12/2015
Estado actual de la cobertura: RETIRADO
Código de ocupación: 1000
Descripción ocupación: Ind Afiliados por pagos
Clase de riesgo: 3
Porcentaje de cotización: 2,436

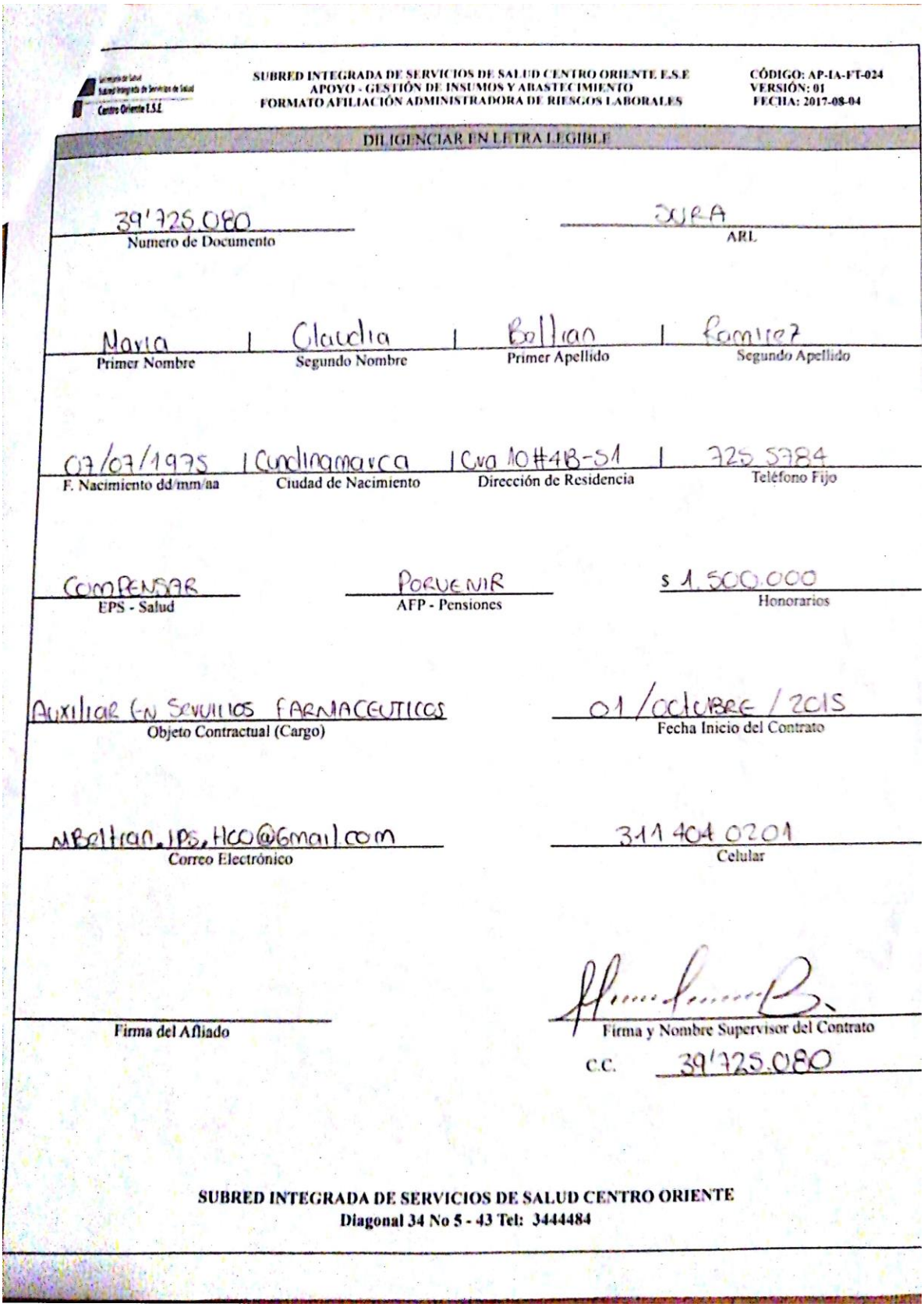
Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes. C397250801833056476

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Afiliaciones y Recaudos
Dirección IP:186.155.16.129,

Formulario de afiliación administración de riesgos laborales



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

Numero de Documento	ARL
39'725.080	SURA

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Maria	Claudia	Beltran	Ramirez

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
07/07/1975	Cundinamarca	Cra 10#4B-51	725 5784

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
COMPENSAR	PORVENIR	$ 1.500.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar En Servicios Farmaceuticos	01/octubre/2015

Correo Electrónico	Celular
MBeltran.IPS.Hco@Gmail.com	311 404 0201

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 39'725.080

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Procuraduría

(03)

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118243462

WEB
16:28:00
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de noviembre 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) MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39725080:

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

(6)

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 jueves 22 de noviembre de 2018, a las 16:25:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	39725080
Código de Verificación	39725080181122162505

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

COR

Personería

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2554550

Bogotá D.C., 22 de Noviembre de 2018 - 16:26 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS VEINTICINCO MIL OCHENTA** de SIBATE

39725080

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 Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_DJQ94_2616
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Policia

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 17:28:32 horas del 22/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **39725080**
Apellidos y Nombres: **BELTRAN RAMIREZ MARIA CLAUDIA**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados

Certificación bancaria



BBVA Creando Oportunidades

(69)

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 39.725.080** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 181199704** aperturada el **08 de noviembre de 2013**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **26** días del mes de **noviembre** del año **2018**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0181199704**
Cuenta de 16 dígitos: **0181000200199704**
Cuenta de 20 dígitos: **00130181000200199704**

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

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 TALENTO HUMANO** **FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS**	**CÓDIGO: AP-TH-FT-013** **VERSIÓN: 06** **FECHA: 2018-10-02**

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO		
TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PERFECTAMENTE LEGIBLE (NÍTIDA)		
DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO		
1	**SOPORTE DE INSCRIPCIÓN SECOP II**	**Adjuntar pantallazo de la inscripción como proveedor al SECOP II**
2	**FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)**	**Diligenciar el formato en medio magnético o manuscrito legible TODOS los campos** **Sección 1: Verificar que vaya registrado No. de documento;** **Sección 2: Registrar la información pertinente.** **Sección 3: Relacionar solamente la experiencia que tenga soporte en físico y cumpla como mínimo la experiencia requerida en el formato de necesidad. Se excluyen de certificación los hospitales que ahora hacen parte de la subred. Preferiblemente que no registren experiencia anterior al 2007.** **Sección 4: Totalizar la experiencia laboral y que especialmente esté incluida en la sección 3.** **Sección 5: Marcar con una X el manifiesto de causales de inhabilidad para ejercer cargos públicos. En caso de que se diligencie la opción "SI" no será posible realizar el contrato. Debe registrarse la fecha y firma del candidato (No es válido escribir el nombre en computador)** **Sección 6: No se diligencia ningún campo.**
3	**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)**	**Diligenciar todos los campos incluyendo los familiares en primer grado de consanguinidad.** **Marcar con una X la casilla de actualización.** **En el literal A debe diligenciarse el valor de los ingresos percibidos en todo el año 2016.** **Relacionar como mínimo la cuenta bancaria en la que la subred consigna los honorarios.** **Relacionar los bienes que se posean.** **Relacionar obligaciones (deudas) si las tienen.** **Si están casados o tienen sociedad conyugal de hecho deben diligenciar los datos del cónyuge.** **Firmar (No es válido escribir el nombre en computador)** **Registrar la fecha)**
4	**DIPLOMAS ACADÉMICOS**	**Deben ser legibles y completos. Los profesionales NO deben anexar documentos de bachiller. Para medicos y Odontologoa especialistas y Sub-especialistas aportar el titulo academico respectivo.**
5	**ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO**	
8	**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)**	**Diligenciar todos los campos: nombre de la institución, nombre de quien hace la solicitud, titulo obtenido y datos de contacto** **Solamente para técnicos y profesionales (no aplica para bachilleres, ni para cursos no formales)** **Solamente debe diligenciarse el de los estudios que soportan el cargo a cubrir (si se requiere como profesional universitario y ha realizado posgrados, solo diligencia el de la formación de pregrado).**
9	**CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA**	**Anexar solamente los registrados en la hoja de vida y que demuestren la experiencia solicitada. No son válidas las copias de contratos, ni certificaciones sin logos, sellos o teléfono y dirección de contacto de la empresa.**
10	**FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%**	
11	**REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU _____ FECHA _____**	**Verificar que la actividad económica tenga relación con las actividades a desempeñar en la Subred y que los datos de identificación y ubicación estén vigentes. Si no es así debe ser actualizado.** **No hay restricción de que en el formato haya registrada más de una actividad económica.**
12	**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**	**Verificar que la actividad económica relacionada sea la misma que se requiere para el ejercicio del cargo y relacionada en el RUT**
14	**TARJETA PROFESIONAL**	**Para profesionales. En caso de estar en trámite firmar compromiso de entrega en máximo 3 meses.**
15	**RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)**	**Todo personal que preste sus servicios de en el área asistencil debe realizar el registro ante la SDS y anexar el soporte.**
16	**CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)**	**Todo personal de salud debe realizar el registro ante la SDS y anexar el soporte.**
18	**CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)**	**El esquema completo (3 dosis) tiene vigencia de 10 años.** **En caso de no contar con las 3 dosis debe presentar titulaciones y se revisará:** ***Si el resultado está entre 0 y 4,9 debe reiniciar el esquema, presentar al menos la primera dosis y firmar el compromiso de entregar copia de cada nueva dosis aplicada hasta completar el esquema.** ***Si el resultado está entre 5 y 9,9 debe aplicarse un refuerzo, presentar el soporte y firmar el compromiso de entregar nueva titulación en 60 a 90 días.** ***Si el resultado está entre 10 y 99 tiene vigencia de 6 meses** ***Si el resultado está entre 100 y 999 tiene vigencia de 2 años.** ***Si el resultado está entre 1000 y 9999 tiene vigencia de 5 años.** ***Si el resultado es mayor a 10000 tiene vigencia de 6 años.** ***** Después pasada la vigencia debe aplicar refuerzo** **Aplica para personal administrativo que preste servicios al usuario en las sedes asistenciales (orientadores, trabajadoras sociales, personal de PQR, entre otros)**
19	**EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)**	**Verificar fecha de emisión. Tiene validez de 3 años máximo**
26	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES.**	**Requerido para personal asistencial de los servicios de Urgencias, Hospitalizacion y Consulta Externa.**
61	**FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado**	
62	**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _COMBPENSAR__**	**Vigencia máxima de 1 mes. Verificar que el certificado no diga beneficiario o amparado, debe decir cotizante independiente o mixto. Registrar el nombre de la EPS en el espacio correspondiente**
63	**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _PORVENIR_**	**Con vigencia mínima de 1 mes. Registrar el nombre del fondo en el espacio correspondiente**
64	**FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: __SURA_**	
65	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**	**Vigencia de máxima de 3 meses y que no cuente con inhabilidad vigente. Verificar que el nombre y número de cédula esté correcto**
66	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**	
67	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**	
68	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**	
69	**CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)**	

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

39725080	Sura
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Maria	Claudia	Beltran	Ramirez

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
07-07-1975	San Cayetano	Cra 10 #4B51	7255784

Compensar	Porvenir	$1.492.000
BPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar farmacia	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Mbeltran.ips.hco@gmail.com	3114040201
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned by CamScanner

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 Actualizacion 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA CLAUDIA BELTRAN RAMIREZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 39725080 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Sibaté
Dirección Cr 10 #4B-51 **Teléfonos** 3114040201 7255784

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
YINA TATIANA CAÑAS BELTRAN	1072195004	HIJO(A)
CRISTIAN FELIPE CAÑAS BELTRAN	1072096498	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 ○

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	$ 18.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.600.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	AHORROS	077737578	MARLY	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCOLOMBIA	TARJETAS CREDITO	$ 10.000.000,00

Scanned by CamScanner

BANCOLOMBIA	TARJETAS CREDITO	$ 10.000.000,00

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
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner



MARIA CLADIA BELTRAN RAMIREZ

AUXILIAR FARMACEUTA

CC.: 39’725.080

CEL: 3114040201

CORREO:mbeltran.ips.hco@gmail.com