

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 12:10:21

Buscar por proceso Menú

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 [Ayuda](#)

Felicitaciones GINETH PAOLA LLANOS TORRES,

GINETH PAOLA LLANOS TORRES con el NIT 1013636137 creada

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



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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LLANOS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TORRES	NOMBRES GINETH PAOLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1013636137	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES OCT AÑO 1992 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 47 59 A 42 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9074823 EMAIL gllanos.ips.hco@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE		AÑO	2008

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURADO 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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X	ENFERMERO(A)	1 2017	1013636137

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 11-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gllanos.ips.hco@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 1 MES 5 AÑO 2017		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA	HOSPITALIZACIÓN-URGENCIAS	Dirección: Diagonal 34 N° 5 - 43	

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	1	7
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	7

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

GINETH PAOLA LLANOS TORRES

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.



Última Actualización: 11-dic-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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GINETH PAOLA LLANOS TORRES

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1013636137 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRA 47 59 A 42 SUR

Teléfonos 3192337370 9074823

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CLARA ISABEL TORRES GUTIERREZ	52062365	MADRE
ARMANDO LLANOS LLANOS	79420921	PADRE
LADY TATIANA GUERRERO TORRES	1033800240	HERMANO(A)
NICOLAS ERNESTO GUERRERO TORRES	1000008083	HERMANO(A)
JUAN SEBASTIAN MORENO TORRES	1022374295	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	\$ 3.600.000,00
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	\$ 3.600.000,00

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
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24058317291	BOGOTÁ	\$ 300.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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



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.

Última Actualización: 11-dic-2018

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 ☐ 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 ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Gineth Paola Llanos Torres

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 11-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TÍTULO DE

Enfermera

A

Gineth Paola Llanos Torres

C.C. 1.013.636.137 de Bogotá

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIA TOMA DEL JURAMENTO DE RIGOR,
OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 25 días del mes de enero de 2017

DECANATURA DE FACULTAD

RECTORÍA

SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 1148, Folio 83 del Libro de Diplomas No. 3
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE

Enfermería

0155866



La República de Colombia
y en su nombre el

Centro Educativo Distrital
Calasanz

Bogotá, D.C.

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital,
según Resolución No. 3093 del 17 de octubre de 2003,

Confiere a:

Gineth Paola Llanos Torres

Identificada con NIP No. 92101311076

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

M.E. Paula Marcela Vásquez Ovalle
Rectora

María Constanta Rodríguez Díaz
Secretaría

Anotado al Folio No. 18 Libro de Registro del Colegio No. 2

Dado en Bogotá, D.C., a 29 de noviembre de 2008

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 11 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

No. 461

Escuela



CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL

CALASANZ

Esperando de grandes niños

DANE No. 51100178404

ICTES No. 107250

NIT No. 830.079.990-3

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Bogotá, D.C., el día 29 de noviembre de 2008 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por las suscritas Rectora y Secretaria, en el cual el CED CALASANZ confirió el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

a:

Gineth Paola Llanos Torres

Identificada con NIP No. 92101311076

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que le acredita como tal.

Esta Institución está aprobada en los Niveles de Educación Básica y Media Académica por la Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 3093 del 17 de octubre de 2003.

Es fiel copia del Acta Original General No. 06 en lo pertinente.

En Bogotá, D.C., a los 29 días del mes de noviembre del año 2008.

Firmada y Sellada.

M.E. PAULA MARCELA VÁSQUEZ OVALLE
C.C. No. 52.213.835 de Bogotá
Rectora



MARIA CONSTANZA RODRIGUEZ DIAZ
C.C. No. 39.756.330 de Fontibón
Secretaria



Carrera 171 No. 77-75 Sur, Barrio Buenos Aires (Ciudad Bolívar) Teléfonos: 792 03 88 - 7 92 03 90 Fax: 792 05 86 Bogotá, D.C.

NOTA: No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

No. 461



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE
Enfermería

ACTA DE GRADO NÚMERO 1135

El Consejo de Facultad en su sesión del día 16 de diciembre de 2016 - Acta No. 31

CONSIDERANDO QUE

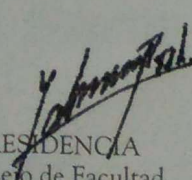
Gineth Paola Llanos Torres

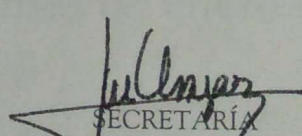
C.C. 1.013.636.137 de Bogotá

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

Enfermera

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 155866 consignado en el Registro No. 1148, Folio 83 del Libro No. 3 En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 16 días del mes de diciembre de 2016


PRESIDENCIA
Consejo de Facultad


SECRETARÍA
Consejo de Facultad



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE LABORATORIO CLINICO JORGE ELÍECER GAITÁN

Hace constar que:

GINETH PAOLA LLANOS TORRES

CC No 1.013.636.137

Participó en la capacitación-taller en:

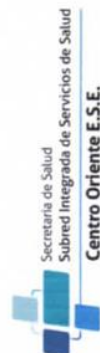
TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: Bioseguridad, Gestión del riesgo, correctos en la toma de muestra, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, embalaje y transporte de muestras, factores de interferencia en pacientes hospitalizados, causas de no aceptación de muestras, y puntos de control en la toma de muestra CLSI.

Intensidad dos (3) horas

Esta certificación se firma a los 13 (Trece) días del mes de Junio de 2017.

LUZ MARINA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
REFERENTE LABORATORIO CLÍNICO
UNIDAD JORGE ELÍECER GAITÁN



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



Universidad del
Rosario

**LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN CONTINUA**

Otorgan el presente

Diploma a

GINETH PAOLA LLANOS TORRES

No. 1013636137

Por su asistencia y participación en el DIPLOMADO CUIDADO CRÍTICO ADULTO PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, realizado entre el 25 de septiembre y el 4 de diciembre de dos mil dieciocho (2018), con una intensidad de ochenta (80) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los cuatro (4) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018).

Gustavo Adolfo Quintero H.
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Carol Vanegas Salinas
Gerente
Educación Continua



Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895
Vigilada por el ministerio de Educación Nacional
Código 2869-7

Universidad del
Rosario

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Nacional de Colombia

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Gineth Paola Llanos Torres 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...."

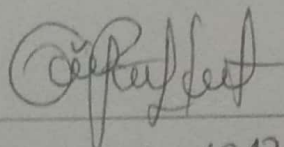
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre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

Enfermera

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

1013636137

Tarjeta profesional No:

1013636137

Dirección de contacto:

Cra 30 #29-35 Sur.

Teléfono:

3192337370

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACION 1.013.636.137

LLANOS TORRES

GINETH PAOLA

REPUBLICA DE COLOMBIA



REPUBLICA DE COLOMBIA

13-OCT-1992

FECHA DE NACIMIENTO

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 A+ F

ESTATURA D.S. RH SEXO

09-NOV-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
NATALIA ANGEL MENDOZA TORRES

INDICE DERECHO



A 1500150-00403474-F-1013536137-20121004 0031307730A 1 1301004342

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 18-04-2017

Hora: 8:47:26 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1013636137-9 GINETH PAOLA LLANOS TORRES

Información

Dirección CL 80A 17A 14 SUR

Teléfonos 3192337370

Dirección ginni-llt@hotmail.com

Fax

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: 85232-EDUCACION DE FORMACION LABORAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

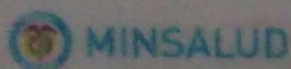
Información de

Fecha Inscripción 18/04/2017

Soporte Inscripción 23203553

Fecha Inicio Actividades 25/01/2017

Establecimientos: 0



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

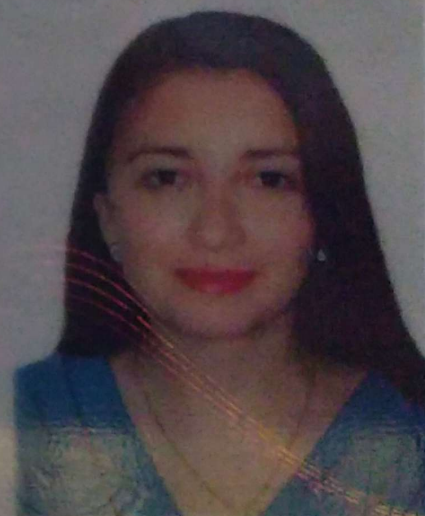
GINETH PAOLA LLANOS TORRES

C.C. 1.013.636.137

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Bogotá D.C.

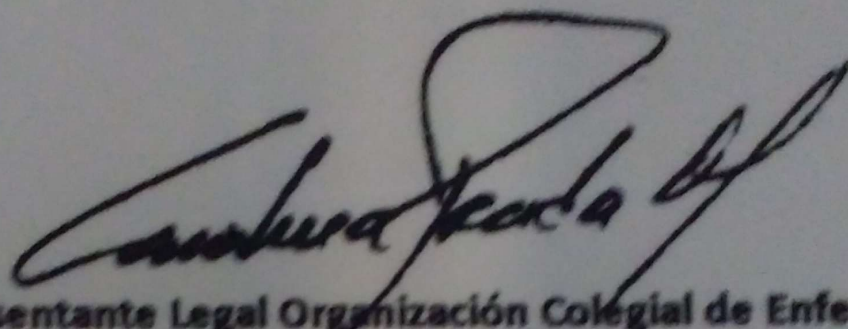
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-01-25

FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-02-27



8769

CrearID.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

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 *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1013636137

Primer Nombre *

GINETH

Primer Apellido *

LLANOS

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-11→12:03:20 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1013636137	GINETH	PAOLA	LLANOS	TORRES	Ver

Información Detallada [CC: 1013636137] GINETH PAOLA LLANOS TORRES**2018-12-11→12:03:20 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2017/2/27	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).



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 **GINETH PAOLA LLANOS TORRES** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.013.636.137, 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 cuatro (4) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1013636137
Nombres y Apellidos	GINETH PAOLA LLANOS TORRES		
Fecha de nacimiento:	13/10/1992		

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	22/03/2013	Hengerix B Adultos	034I1002B UN	
	Segunda dosis	24/04/2013	Hengerix B Adultos	034I1002B UN	
	Tercera dosis	16/08/2014	Recombax B	034L3004	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Influenza	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única	09/04/2013	Sarampión -Rubéola	012N1017	SALUDCOOP IPS CIUDAD BERNA
Td	Primera dosis	17/05/2010	Tetano Difteria		

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1013636137
Nombres y Apellidos	GINETH PAOLA LLANOS TORRES		
Fecha de nacimiento:	13/10/1992		

Td	Segunda dosis	01/06/2010	Tetano Diftetaria		
	Tercera dosis	28/07/2011	Tetano Diftetaria		
	Cuarta dosis	09/04/2013	Tetano Diftetaria	024B1008B	SALUDCOOP IPS CIUDAD BERNA
Toxóide tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

MEDICLINICO SANTA ANA IPS Y CIA S EN C.

Carrera 3 este No. 5 - 23 / 25

Tel 3 33 11 98 - 2 80 47 68

Certificado De Salud Ocupacional

Fecha	Documento	Nombre
2017-04-17	1013636137	GINETH PAOLA LLANOS TORRES
Sexo	Nacionalidad	Ciudad
Femenino	COLOMBIA	BOGOTA
Fecha nacimiento	Edad	Lugar nacimiento
1992-10-13	24 años, 6 meses y 4 días	BOGOTA
Estado civil	Telefono	Direccion
Soltero	7664844	CALLE 80A N 17A-14 SUR
Escolaridad	Profesion	Oficio
UNIVERSITARIO	ENFERMERA JEFE	ENFERMERA JEFE



ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Tiempo	Cargo	Factores de riesgo	Tipo de Riesgo	Epp
NIEGA					

Factores de riesgo: F : Fisico Q : Quimico E : Ergonomico M : Mecanicos L : Locativos P : Psicolaborales O : Otros

APTITUD

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ APTO CON LIMITACIONES (Que NO interfieren en su trabajo) | ☐ APTO CON LIMITACIONES (Que interfieren en su trabajo) | ☐ APTO CON LIMITACIONES (NO APTO para realizar la labor especifica) |
| ☒ APTO SIN LIMITACIONES | ☐ APTO PARA LABORAR EN ALTURAS | |

Segun exámenes solicitados por la empresa remitente

- | | | |
|---|---|---|
| ☒ EXAMEN DE INGRESO | ☐ EXAMEN PERIODICO | ☐ EXAMEN DE EGRESO |
| ☐ APLAZADO | RAZON: | |

IMPRESION DIAGNOSTICA

VARICES GRADO I EN MIEMBROS INFERIORES, RECOMENDACIÓN USAR MEDIDAS ANTIVARICES

- | | | |
|---|---|---|
| ☒ HIGIENE POSTURAL | ☒ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION | ☒ USA LENTES PERMANENTE |
| ☒ VALORACION POR S.O. ANUAL | ☒ CAPACITACION EN SU AREA DE TRABAJO | ☐ REMISION ESPECIALISTA |
| ☒ REALIZA PAUSAS EN SU LABOR | ☐ REALIZAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS | ☐ ESQUEMA VACUNACION ADULTO |
| ☒ RECOMENDACION CREMAS HUMECTANTES PARA LA PIEL | ☒ HABITOS NUTRICIONALES ADECUADOS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DE PESO, CONTROL MEDICO PERIODICO | ☐ CONTROL DE COMORBILIDAD EPS |
| ☐ SEROLOGIA | | |

YO Gineth Paola Llanos Torres identificado con cédula de ciudadanía 1013636137

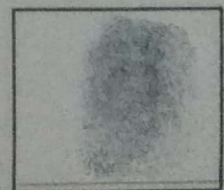
Declaro que no he omitido ni alterado la informacion aportada por mi, la cual es veraz y se ajusta a mi condicion actual y real de la salud al ingreso de la empresa.

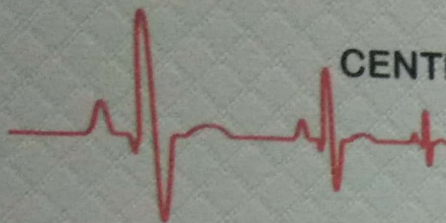
Gloria Rincon Izquierdo
Med. Salud Ocupac.
R.M. 1938/2006
L.S.O. 7857/2013

Dr. Gloria Rincon Izquierdo
Cédula: 52355057 Registro: 7857/2013

Gineth Paola Llanos Torres

Paciente: Gineth Paola Llanos Torres
Cédula: 1013636137





**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

GINETH PAOLA LLANOS TORRES

c.c. 1.013.636.137

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO
CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



Dado en Bogotá D.C., a los 06 días del mes de Abril de 2017.
Validez 2 años.

**CENTRO DE CAPACITACION EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

Paola M. Vieda
Directora

Tel: 8069582 CEL: 3192978634 -
3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

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

FECHA:	CUIDAD:	DEPARTAMENTO:
--------	---------	---------------

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 carácter 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:	
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	------------------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--

L DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Llanos	Torres	Gineth	Paola
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐		Bogotá	2010/11/05
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	1013636137	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
13/10/92	Bogotá D.C.	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASA ☐ DIVOR ☐ DO(A) ☐ UNION LIBRE ☒	0	0	3192337370

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	CUAL:	Enfermera
☐	☐	☒	☐	☐	☐		

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 30 #29-35 sur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	5619075
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
gllanos.ips.hco@gmail.com		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒		
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	P*IS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Moreno	Torres	Juan	Sebastian
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐		Bogotá D.C.	2010/03/26
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	1022374295	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	BOGAR	PENSIONADO	CUAL:
☐	☐	☐	☐	
SOCIO	CONTRATISTA	COMERCIANTE	EMPLEADO PÚBLICO	
☐	☒	☐	☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA	
☐	☐		☐	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	IVA	ICA	CÓDIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	8692
GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR		
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		

FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	# NIT 900959051	
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: ☐				
DIRECCION DE LA EMPRESA DIA 634 #5-43		TELÉFONO 3444484	CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	PAÍS COLOMBIA
CARGO ACTUAL ENFERMERA				FECHA VINCULACIÓN 2017/05/01	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2808.000	GASTOS FAMILIARES	2000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	700.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS		DEUDA VEHÍCULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	108.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2808.000	TOTAL EGRESOS	2808.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Hoja de Vida)

PRIMER APELLIDO MORENO	SEGUNDO APELLIDO TORRES	PRIMER NOMBRE JENNIFER	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN CL 20 SUR # 51 D-02	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS BOGOTÁ	TIPO RELACIÓN AM160	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR 3108079942

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE PRODUCTO CTA AHORROS	NÚMERO 24058317291	SUCURSAL RESTREPO	TELÉFONO 3660397
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS				
IMPORTACIÓN ☐	EXPORTACIÓN ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PAGOS ☐	OTROS ☐
CUAL: ☐				

8. DECLARACIÓN 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, asociación, etc.):

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 admitir 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.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los 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 Público.
- NOTA:** Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los 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 contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría 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:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de 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, deudor, 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 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 para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de 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 Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya 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. 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.

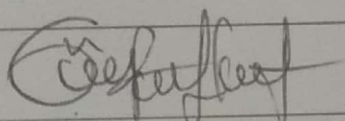
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente 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 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 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 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 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, teléfono 344 44 84, e-mail sarluffa@subredcentroorientegov.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 terminos que nos fueron informados en el presente documento.
- NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.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 INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) GINETH PAOLA LLANOS TORRES identificado(a) con cedula ciudadanía 1.013.636.137 , 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
20170801	No Registrada	70

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

GLLANOS.IPS.HCO@GMAIL.COM

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10533174

CER-AFI

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LLANOS TORRES GINETH PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.013.636.137** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de febrero de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2018121110525

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013636137

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

GINETH

Primer Nombre

PAOLA

Segundo Nombre

LLANOS

Primer Apellido

TORRES

Segundo Apellido

13/10/92

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTÁ

Ciudad de Nacimiento

CRA 47 59 A 42 SUR

Dirección de Residencia

907 4823

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

PROTECCIÓN

AFP - Pensiones

\$2.808.000,00

Honorarios

ENFERMERA

Objeto Contractual (Cargo)

01/05/17

Fecha Inicio del Contrato

GLLANOS.IPS.HCO@GMAIL.COM

Correo Electrónico

319 233 7370

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

c.c.

39.557.974 Gdot



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909403, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1013636137	GINETH PAOLA LLANOS TORRES	LA VICTORIA-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/12/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 11 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119047642



WEB

11:04:42

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) GINETH PAOLA LLANOS TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013636137:

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.

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 11:06:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013636137
Código de Verificación	1013636137181211110655

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





Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2018 - 11:14 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y SIETE**

1013636137

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_KHX8Y_1411**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:16:48 horas del 11/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013636137**

Apellidos y Nombres: **LLANOS TORRES GINETH PAOLA**

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.



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

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

GINETH PAOLA LLANOS TORRES

Identificado con **CC1013636137**

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0020 RESTREPO, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número : 24058317291

Fecha de Apertura : 09 de diciembre de 2015

Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector

Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0013 CENTRO MAYOR de la ciudad de BOGOTA, el día miércoles, 25 de octubre de 2017.

Cordialmente,

Efectuado por:

A0S9B006 - ADRIANA MARCELA SOTO BACCA



PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES
HACE CONSTAR QUE:

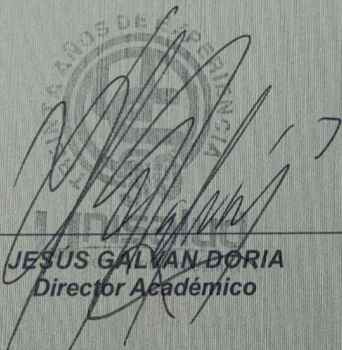
GINETH PAOLA LLANOS TORRES

C.C. 1.013.636.137 Bogotá D.C

Asistió al curso de capacitación en:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad de **40** horas
Bogotá D.C. 12 Diciembre 2018



JESÚS GALVÁN DORIA
Director Académico



CLARIBEL GUTIÉRREZ
Jefe Administrativa



Resultado del primer proceso de asignación de plazas servicio social obligatorio de 2017

1 mensaje

Ministerio de Salud y Protección Social <sso@minsalud.gov.co>

mar., 17 de ene. de 2017 a la hora 2:16 p. m.

Para: GPLLANOST@unal.edu.co

Cc: sso@minsalud.gov.co

Señor(a), LLANOS TORRES GINETH PAOLA

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, agradece su participación en el primer proceso de asignación de plazas de servicio social obligatorio de 2017

De acuerdo al cronograma establecido, la asignación se realizó el 17 de enero de 2017, en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, en la ciudad de Bogotá D.C., en el marco de las disposiciones legales y normativas vigentes. A continuación se presenta el resultado:

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

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

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

Sitio web: www.oceinfo.org.co

Dirección de correspondencia: Carrera 28 No. 46-97 (Bogotá D.C.)

Teléfonos: (571) 4575358; (57) 3167598693; (57) 3219282407

Correo electrónico: registro@oceinfo.org.co