

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 19:36:37

johanna vargas rueda

Id de página:: [14001741](#) [Ayuda](#) [Búsqueda](#) [Mis procesos](#) [Menú](#) [Ir a](#)

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones JOHANNA VARGAS RUEDA,

johanna vargas rueda con el NIT 53045458 creada

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

[Haga clic aquí para continuar >](#)



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VARGAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RUEDA	NOMBRES JOHANNA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53045458	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 19 MES JUN AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Avenida primero de mayo #3-30sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4848980 EMAIL joisgirl_84@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	bachiller		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	TÉCNICO LABORAL EN ENFERMERÍA	8 2011	53045458



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: 14-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 CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444 484	DÍA 9 MES 1 AÑO 2017		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA	PROGRAMA DE APOYO PRE-	Diagonal 34 N° 5 - 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANBLAS E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	aphthumano@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3448444	DÍA 9 MES 7 AÑO 2014		DÍA 8 MES 1 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA	PROGRAMA DE APOYO PRE-	TRANSVERSAL 5 ESTE # 19-50 SUR	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	4	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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).



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 DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

Bogotá. - 14-12-18.
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Johanna Vargas R. CC-53045458BT
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



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOHANNA VARGAS RUEDA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 53045458 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Avenida primero de mayo #3-30sur

Teléfonos 3112686907 4848980

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DANIEL CAMILO ROZO VARGAS	1000352610	HIJO(A)
JUAN FELIPE ROZO VARGAS	1014480464	HIJO(A)
INOCENCIA RUEDA ESTEVEZ	28110624	MADRE
RICARDO VARGAS SUAREZ	19332886	PADRE

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	\$ 17.952.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 17.952.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	008400715069	VEINTE DE JULIO	\$ 3.100,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 06-dic-2018

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
VIVIENDA	ARRIENDO	\$ 800.000,00
DANIEL SANTIAGO ROZO	CUOTA ALIMENTARIA	\$ 350.000,00

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
CESAR LEONARDO VELASQUEZ	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1023863663

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Johanna Varyas R. CC-530454583
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 06-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



República de Colombia

POLITECNICO NACIONAL

EDUCACION NO FORMAL

Con reconocimiento Oficial otorgado por la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá
Resolución de Aprobación No. 2167 de Julio 09 de 1999, Concepto Favorable Mediante Acuerdo
No. 143 de Mayo 21 de 2009 y Acuerdo No. 30 de Diciembre 02 de 1998 del Ministerio de Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO

COMO TÉCNICO LABORAL EN:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A

Johanna Vargas Rueda

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 53.045.458 DE Bogotá D.C. QUIEN CURSÓ Y APROBÓ
SATISFACTORIAMENTE TODAS LAS ASIGNATURAS Y LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS



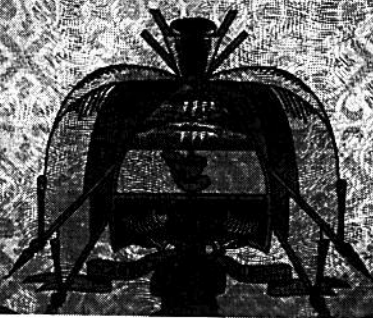
Politécnico Nacional
SECRETARÍA GENERAL
DIRECTOR SEDE

Politécnico Nacional
SECRETARÍA GENERAL

Dado en Bogotá D.C. a los 27 días de mes de Agosto

Folio No. 70 de 2011

Libro de Registro No. 03



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa Distrital
Comité de Junta

Autorizada por la Secretaría de Educación del Distrito
según Resolución No 2831 del 16 de Septiembre de 2012
Confiere a

Johanna Vargas Landa

la

El cargo de

Directora Académica

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

Doctra María Helena Camacho
Rectora
Giaciela Garzon
Secretaria Académica

Libro de Registro No. 02 Acta No. 03 Folio No. V-3

Dado en Bogotá a los

días del mes de

de 2002

No requiere registro según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido

por el Ministerio de Educación Nacional a través del cual se otorga la



POLTÉCNICO NACIONAL
Corporación de Educación Técnica

Con reconocimiento oficial otorgado por la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá,
Resolución de aprobación N° 2167 de Julio 09 de 1999, concepto favorable mediante el Acuerdo N. 143 del 21 de Mayo del 2009
y Acuerdo N° 30 de Diciembre 02 de 1998 del Ministerio de Salud

ACTA GENERAL N° 015

En la ciudad de Bogotá D.C., a los Veintisiete (27) días del mes de agosto del año 2011,
se reunieron las suscritas Directora y Secretaria del POLITÉCNICO NACIONAL de la
sede Bogotá, con el objeto de otorgar el Acta Individual de Certificación a

VARGAS RUEDA JOHANNA
CC.53.045.458 DE BOGOTÁ

Quien terminó sus estudios correspondientes y cumplió los requisitos exigidos por la ley
y los reglamentos de la institución, para obtener el Certificado de Aptitud ocupacional
como TECNICO LABORAL en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Intensidad Horaria del programa 1.800 horas
Registrado en el Libro 03, Folio 70

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los veintisiete días del mes de
Agosto de 2011

DIRECTOR SEDE
POLTÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE SEDE

DIRECTOR SEDE
POLTÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE SEDE

Acta Individual De Grado

Institución Educativa Distrital

20 De Julio

En la Ciudad de Bogotá D.C., a los 7 días del mes de Diciembre del año 2002, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica en la Rectoría del INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRICTAL VEINTE DE JULIO Institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación del Distrito, para otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO Según Resolución 2850 del 16 de Septiembre de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

Johana Vargas Rueda
T.I. 840619-05412

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 03 de fecha 7 Diciembre de 2002, consta de 27 alumnos; comienza con el nombre de AYILA ORTEGA REYNEL OSWALDO Y se cierra con el nombre de VELA SUEZ RIVERA LUIS ALBERTO Firmado y Sellado por MARIA HELENA GARCIA (Rectora) y GRACIELA CAMARGO CORREAL (Secretaria Académica)

Dada en Bogotá D.C. a los 7 días del mes de Diciembre de dos mil dos. En constancia se firma por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7 del Decreto 180 de 1981.

Maria Helena Garcia
Rectora

Graciela Camargo Correal
Secretaria Académica

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN



Certifica que

Johanna Vargas Rueda
53.045.458

Participó en la jornada de:

**Actualización en Reanimación Cardio Pulmonar (R.C.P.)
y manejo del Desfibrilador Externo Automático (D.E.A.)**

Intensidad de dos (2) horas

Bogotá – Colombia, 28 de octubre de 2017

Johnnie Smith Husbands Luque

Coordinador Comité de Reanimación S.C.A.R.E.

Luis Enrique Beltrán Gutiérrez

Supdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y
Desastres



Buenos días,

Señores:

Politécnico Nacional Corporación de educación Técnica
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Johanna Vargas Rueda 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:

Técnico Auxiliar en enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:

Firma

Johanna Vargas R.

No. de documento:

53045458

Tarjeta profesional No:

53045458

Dirección de contacto:

c/ll 22 sur # 3-30

Teléfono:

3112686907

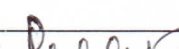
**EL SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE
ATENCIÓN E.S.E.**

HACE CONSTAR QUE

La señora **JOHANNA VARGAS RUEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **53.045.458** de Bogotá, desarrolla sus actividades como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA APH** mediante contrato de prestación de servicios desde el 09 de julio de 2014, con una compensación mensual promedio de **UN MILLÓN DOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.250.000)**, sin que este genere relación laboral entre las partes.

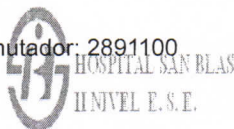
Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio de 2015.


GELVER DIMAS GÓMEZ GÓMEZ
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E.

GRUPO FUNCIONAL	FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE Y CARGO	FIRMA	FECHA
	Transcribió o elaboró	Lady Fernanda Cárdenas -Contratación		
	Revisado por	Cesar Segura -Contratación		
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Así mismo, la información contenida en él, es precisa, correcta, veraz y completa, y por lo tanto, lo presentamos para la firma del Representante Legal.				

Tv

5 Este 19 50 surCódigo Postal: 111841Conmutador: 2891100
www.hospitalsanblas.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53045458**

VARGAS RUEDA

APELLIDOS

JOHANNA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

19-JUN-1984

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

A-

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

08-JUL-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500104-42107522-F-0053045458-20021008

0309802281A 01 131583325

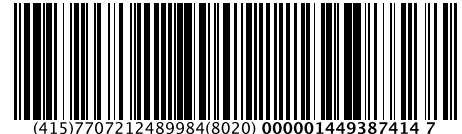
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14493874147



(415)7707212489984(8020) 000001449387414 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 3 0 4 5 4 5 8

6. DV

6

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:

5 3 0 4 5 4 5 8

27. Fecha expedición:

2 0 0 2 0 7 0 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

VARGAS

32. Segundo apellido

RUEDA

33. Primer nombre

JOHANNA

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 22 SUR 3 30 BRR PRIMERA DE MAYO

42. Correo electrónico:

joisgirl_84@hotmail.com

43. Código postal

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

44. Teléfono 1:

3 1 1 2 6 8 6 9 0 7

45. Teléfono 2:

4 7 4 7 8 0 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 1 0 8 0 4

Actividad secundaria

48. Código:

8 6 9 2

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 1 0 8 0 4

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

1 1

52. Número establecimientos

1 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1 2																										

12- Ventas régimen simplificado

Obligados 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			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 1 2 0 9

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 VARGAS RUEDA JOHANNA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:13/12/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 53045458

JOHANNA VARGAS RUEDA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 22 SUR 3 30 SUR Teléfonos: 3112686907
Dirección electrónica: joisgirl_84@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC
Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO
Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 04/08/2011 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0
Actividad 1: 86911 - Actividades de apoyo diagnóstico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)
Actividad 2: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JOHANNA

VARGAS RUEDA

C.C. 53045458

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 18/10/2011



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 10642 de 05/10/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA 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) VARGAS RUEDA JOHANNA Identificado(a) con CC número 53045458 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL POLITECNICO NACIONAL el día 27/08/2011.

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 VARGAS RUEDA JOHANNA identificado(a) con CC número 53045458 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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 05/10/2011

ORIGINAL FIRMADO POR:

BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI

BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI

Directora de Desarrollo de Servicios (E).

Revisó : Yudy Rodríguez
Elaboró : Víctor Sánchez.

Bogotá, D.C. 18/oct/2011.

A la fecha notifiqué personalmente al

señor (a) Johanna Vargas R.

CC. # 53'045.458

Firma Johanna Vargas R.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

53045458

Primer Nombre *

JOHANNA

Primer Apellido *

VARGAS

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-10→12:51:53 PM

<i>Tipo Identificación</i>	<i>Nro. Identificación</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>	<i>Primer Apellido</i>	<i>Segundo Apellido</i>	<i>Detalles</i>
CC	53045458	JOHANNA		VARGAS	RUEDA	Ver

Información Detallada [CC: 53045458] JOHANNA VARGAS RUEDA**2018-12-10→12:51:53 PM****Información Académica**

<i>Tipo Programa</i>	<i>Origen Obtención Título</i>	<i>Profesión u Ocupación</i>	<i>Fecha desde que puede ejercer</i>	<i>Entidad Reportadora</i>
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2011/10/05	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	26/ Agosto/2005	HSC	
Toxoide Tetánico Difterico Td	1	13 ABR 2010	024 (9006385)	
	2	13 MAY 2010	024 (9006385)	
	3	16 NOV 2010	HSC	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	2061106 19 ABR 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.945.3	
	2	2061106 19 MAY 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.945.3	
	3	2061106 19 JUN 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.945.3	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras	1. ES110 19 ABR 2010			TANIA S. NIT. 900.1
Triple Viral	2. ES110 19 MAY 2010			TANIA SALUD NIT. 900.174.945.3

Certificado de Vacunación

Institución: _____
 Nombre: Johannei Vargas R.
 Identificación: 53045458 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
INF	Anual	13-05-15	140602	Sandra G.

cortesia sanofi pasteur

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 12/09/2018 13:30:47

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JOHANNA VARGAS RUEDA

C.C 53045458

EDAD 34 Años

SEXO F

CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Exámenes de laboratorio

SI ☐

NO ☒

Visiometría ☐

Glic ☐

Col ☐

Trigli ☐

Otros ☐

Audiometría ☐

Cuales

Espirometría ☐

Radiografías

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

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO

☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROLES EPS MEDICINA GENERAL RUTINA- NUTRICION-

CAPACITACION PARA EL USO ADECUADO DE EPP

SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA- VISIOMETRIA OCUPACIONAL-

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor

SI ☐

NO ☐

Se sugiere reubicación laboral

SI ☐

NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral

SI ☐

NO ☐

Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Johanna Vargas R

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

[Signature]
Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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:

JOHANNA VARGAS RUEDA

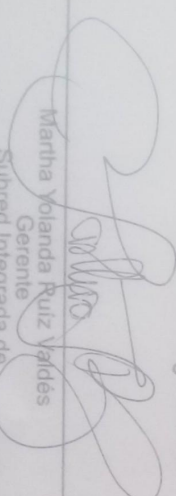
C.C.: 53045458

Asistió a la capacitación en:

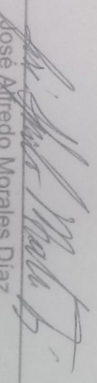
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz 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.



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ S.A.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

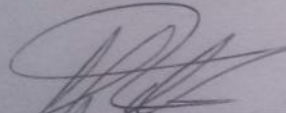
**FUMEFI SAS**

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

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

CERTIFICA A:
VARGAS RUEDA JOHANNA
C.C 53.045.458

*Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Básico (BLS)
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 05 días del mes Julio del 2018*


Hector M. Chala
Gerente

Sede principal: Carrera 10 N° 26 – 28 Sur
Contacto: 3143606143 - 2065174



Nit.: 900.790.014-6



República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN NACIONAL DE APOYO Y GESTIÓN EN SALUD
"FUNAGES COLOMBIA"

En su unidad especializada de capacitación y formación de personal en salud y gestión del riesgo
NIT: 901086440-5 MATRICULA NRO: S0052692 CCB mediante ACTS.ECS: 8560-7220
y bajo Decreto 1075 de 2.015 Art. 2.6.6.8 Min. Educación

HACE CONSTAR QUE:

Johanna Vargas Rueda

C.C. 53.045.458

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:



SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 60 HORAS, BAJO MODALIDAD TEÓRICO - PRÁCTICO, DANDO CUMPLIMIENTO A LOS
ASPECTOS Y PROTOCOLOS DE LAS NORMAS AHA

BGE. BLANCA LUZ GAVIRIA C.
Coordinación General y Logística
Área de Capacitación



BGD. SERGIO RUA RESTREPO
Gestión y Atención Prehospitalaria
Dirección General
RES.7648 DE 05/07/2016 SEC.SALUD

BOGOTÁ, D.C., 10 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2.018

REG.12180407

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA: 14-12-2018		CIUDAD: Bogotá		DEPARTAMENTO: Cundinamarca	
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☒	SERVIDOR PUBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL: <input type="text"/>
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Vargas		Bueda		Johanna	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		53045458	Bogotá		2002-07-08
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:
12-6-1984		Bogotá	colombiana		colombiana
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒				2	3112686907
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒					Tecnico en Auxiliar en enfermeria
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
cll 22 sur #3-30		Bogotá	cundinamarca	colombiana	4848980
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
doisgir_84@hotmail.com				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
eliasquez		quintero		cesar	leonardo
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		1023863663	Bogotá		2004-07-09
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: colombiana	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	PROPIETARIO ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	IVA	CODIGOS C.U.I. ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	8691 8692	
		ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR		
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		

SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☒		Subred centro oriente. ESE.	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ ID ☐		# NIT 900939048-4	
EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELELOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: X			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
Dg.34# 5-43.		344 44 84		Bogotá.	
CARGO ACTUAL		TECNICO en Auxiliar de enfermería		FECHA VINCULACIÓN	
				9-01-2017	
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	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AJORROS	
1496.000		900.000		800.000	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		INVERSIONES	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		VEHICULOS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		PROPIEDADES	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		TOTAL ACTIVOS	
1496.000		1700.000		S 0	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario laboral)					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
Gutierrez.		Lara		Gabriel.	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACIÓN	
Cll 35 sur # 1A-31		Bogotá.		Amigo	
TELEFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR				311 511 7206	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
Bancuvienda		cuenta de ahorros		008400715069	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒				viente de julio.	
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
PAIS/CIUDAD		MONEDA		MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRO ☐					
CUAL: <input type="text"/>					
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, negocio, etc.):					
Tecnico en auxiliar en enfermería.					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)					
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.					
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.					
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.					
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

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 Camara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la 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, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de 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 Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la 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 la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud 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.

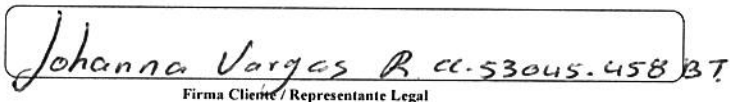
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente 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 lo 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 sarlat@subredcentrooriente.gov.co), ya 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,**

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



Firma Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JOHANNA VARGAS RUEDA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **53045458** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 53045458
NOMBRES Y APELLIDOS	JOHANNA VARGAS RUEDA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	17-11-2009
FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA	VIGENTE
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	310
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	5
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **11/12/2018**

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR
SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**



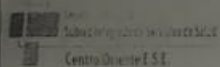
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOHANNA VARGAS RUEDA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53,045,458**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes



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

53.045.458

Número de Documento

Seguros

Bolívar

ARL

Johanna

Primer Nombre

Vargas

Segundo Nombre

Rueda

Primer Apellido

Segundo Apellido

19-06-1984

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

cll 22 sur # 3-30

Dirección de Residencia

4848980

Teléfono Fijo

Sura Eps

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 1.496.000

Honorarios

Técnico Auxiliar en enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Joisgirl_84@hotmail.com

Correo Electrónico

3112686907

Celular

Johanna Vargas R.

Firma del Aliado

Luz Giselle Linares Luz Guerrero

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

52'023. 897 Pto

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119183727



WEB

15:37:52

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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) JOHANNA VARGAS RUEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53045458:

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 15:42:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	53045458
Código de Verificación	53045458181213154218

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., 13 de Diciembre de 2018 - 15:46 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) **JOHANNA VARGAS RUEDA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO** de BOGOTÁ, D.C.

53045458

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_C4WK3_4615

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 15:50:01 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **53045458**

Apellidos y Nombres: **VARGAS RUEDA JOHANNA**

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





DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACIÓN

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/14

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JOHANNA VARGAS RUEDA** con **Cédula de Ciudadanía** número **53045458** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número: **008400715069**
Fecha apertura: **2014/07/16**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda