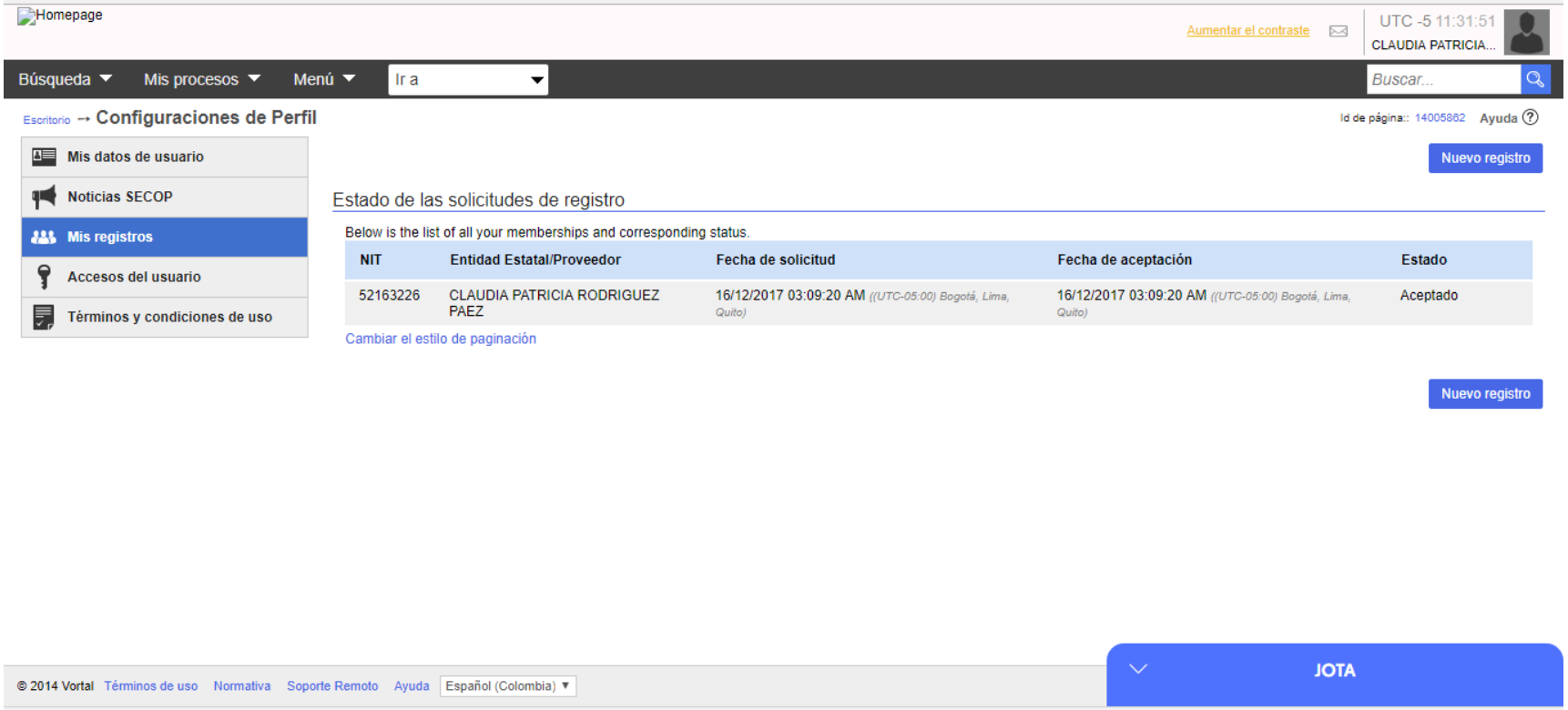

Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 11:31:51
CLAUDIA PATRICIA...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Id de página:: 14005882
Ayuda
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Nuevo registro
Estado de las solicitudes de registro
Below is the list of all your memberships and corresponding status.
NIT
Entidad Estatal/Proveedor
Fecha de solicitud
Fecha de aceptación
Estado
52163226
CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ
16/12/2017 03:09:20 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
16/12/2017 03:09:20 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
Cambiar el estilo de paginación
Nuevo registro
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 05-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RODRIGUEZ	PAEZ	CLAUDIA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52163226

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 5 MES ENE AÑO 1973

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 53B SUR #5c-42 ESTE

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3716932

EMAIL patorodriguez185@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 ACADÉMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 1992
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA	12	1994	52163226

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 05-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
HOSPITAL DE BOSA LL NIVEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacion.hok@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7560505	DIA 20 MES 10 AÑO 2006	DIA 1 MES 2 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CLL 65D SUR 79C 90

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOGAR GERIaTRICO CRISTO REDENTOR		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 20 MES 10 AÑO 2001	DIA 15 MES 10 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CRA 69 No. 54 40

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 15 MES 9 AÑO 1995	DIA 29 MES 10 AÑO 2001

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	AV CR10

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	17	11
PRIVADO	4	11

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: 05-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	22	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Claudia Patricia Rodriguez Paez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 05-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52163226 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 53B SUR #5c-42 ESTE **Teléfonos** 3102962834 3716932

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA INES PAEZ	41533507	MADRE
LUIS ANTONIO RODRIGUEZ GACHANCIPA	19106688	PADRE
ERIKA JULIETH TELLEZ RODRIGUEZ	1023951546	HIJO(A)
JUAN DAVID TELLEZ RODRIGUEZ	1031541821	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ⊗

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 11.604.424,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 11.604.424,00

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 DAVIVIENDA	AHORROS	008480284986	20 DE JULIO	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	CALLE 53B SUR # 5C- 42 ESTE	$ 46.862.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 05-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
LUIS ALBERTO TELLEZ FRANCO	C.C (X) C.E ( ) T.I. ( )	79702297

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Claudia Patricia Rodriguez Perez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 05-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO DISTRITAL "JUAN EVANGELISTA GOMEZ"

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DE SANTAFE DE BOGOTA D. C., SEGUN RESOLUCION No. 2627 DEL 10 DE DICIEMBRE DE 1.991

CONFIERE A

Claudia Patricia Rodríguez Paez

IDENTIFICADO(A) CON C.C. No. 52'163.226 DE SANTAFE DE BOGOTA, D. C.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.



RECTOR

SECRETARIA

SANTAFE DE BOGOTA D. C., 06 DE DICIEMBRE DE 19 92

ANOTADO AL FOLIO 28 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 02-92

SECRETARIO DE EDUCACION

Decreto 2150 del 05-XII-95 No requiere trámite.

DADO EN SANTAFE DE BOGOTA D. C. A 08 DE FEBRERO DE 1.9 96

La República de Colombia

y en su nombre

El Instituto de Educación no Formal

Escuela de Salud

"San Pedro Claver"

Acuerdo No. 34, Noviembre 23 de 1993, Ministerio de Salud

Resolución No. 1535, Abril 14 de 1994, Secretaría de Educación Distrital

Otorga el presente

Certificado de Aptitud Ocupacional

Al Alumno **Claudia Patricia Rodríguez Páez**

C. C. No. 52.163.226 de Santafé de Bogotá (Cund.)

En la Especialidad de

Auxiliar de Enfermería

Con una intensidad horaria total de 1.300

Director (a)

Secretario (a)

Dado en Santafé de Bogotá, D. C., a los 12 días de Diciembre de 1.994

Secretaría de Educación

Acta de Grado

Inscripción S. E. D.
D A N E : 11100135606

COLEGIO DISTRITAL
JUAN EVANGELISTA GOMEZ

Diagonal 39 S. No. 2-00 Este
JORNADA TARDE

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D. C. a los SEIS (06) día(s) del mes de DICIEMBRE de 1.9 92 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO DISTRITAL JUAN EVANGELISTA GOMEZ Institución aprobada hasta 1.994 en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D. C. para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad ACADEMICA según Resolución No. 2627 del 10 de Diciembre de 1.991

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y Número del documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRE RODRIGUEZ PAEZ CLAUDIA PATRICIA

C. C. o T. I. No. 52'163.226 de SANTAFE DE BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 008 de fecha DICIEMBRE 06 DE 1.992 que consta de 110 alumnos graduados, comienza con el nombre de ACOSTA ZAMUDIO LUZ MERY y se cierra con el nombre de ZAMBRANO FIGUEROA OLIVA

Firmada y Sellada por: JOSE GREGORIO HERNANDEZ BOHORQUEZ Rector y LILIA CHAPARRO SUAREZ Secretaria.

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 7 días del mes de FEBRERO de 1.9 95

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981

Rector
C. C. No. 19'143.125 de BOGOTA

Secretaria
C. C. No. 51'747.433 de BOGOTA

Kamay 249 35 84

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"
APROBACION OFICIAL:
ACUERDO No. 004 DEL 15 DE NOV. DE 1993
RESOLUCION No. 1535 DEL 14 DE ABRIL DE 1994

FOLIO I5
Inscripción S.E.D. 405 - 94
Inscripción M.S.N.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Santafe de Bogotá, D. C. a los 9 días del mes de Diciembre año I994 se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de AUXILIAR DE ENFERMERIA, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER", Institución aprobada por el MINISTERIO DE SALUD, mediante el Acuerdo Ejecutivo No. 04 de noviembre 30 de 1993, y por la Secretaría de Educación del Distrito, según Resolución No. 1535 de abril 14 de 1994 y autorizada para otorgar CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de AUXILIAR DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, al egresado cuyo nombre, apellido y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. O T.I.	LUGAR DE EXPEDICION
I5	RODRIGUEZ PAEZ CLAUDIA PATRICIA	52'I63.226	Santafe de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 02 de fecha Diciembre 9 de I994 que consta de I8 alumnos que comienza con el nombre de BARBOSA IZQUIERDO ANA GLADYS y se cierra con el nombre de SAENA ORTIZ RAUL firmado y sellado por FABIO ROBAYO SUAREZ (Rector) y MARINA ROBAYO DE LOPEZ (Secretaria).

Dada en Santafe de Bogotá a los I5 días del mes Diciembre de 19 94

Rector
C. C. No. I7'322.I3I V/cio

La Secretaria
C. C. No. 2I'2I4.263 V/cio

FUSDESA

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 de 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud
Y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitida por la comisión Intersectorial para el talento Humano en Salud.
Registro del programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: **RODRÍGUEZ PÁEZ CLAUDIA PATRICIA**

C.C.52.163.226 de Bogotá D.C.

Asistió al seminario de

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad de 20 horas

NANCY GALINDO GÓMEZ
Directora

FERNANDO ACEVEDO VELÁSQUEZ
Enfermero Universidad Nacional
Especialista En Educación y Orientación Sexual

Dado en Bogotá D.C., a los 18 Días del Mes de Febrero de 2016

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

CONCEDIDO A

Claudia Rodríguez

Por su asistencia a la jornada de actualización en:

"Toma de muestra y fase Pre-analítica"

Hospital de Bosa II Nivel

Bogotá. 16 de Junio de 2016

NIPRO
MEDICAL CORPORATION
COLOMBIA

VACUETTE®
un paso adelante►

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría de Salud

BOG BOGOTÁ POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD



SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

Certifica que:

Patricia Rodríguez

Participó en el curso

PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD
"UN PROYECTO DE VIDA"

Con una intensidad de 20 horas
Bogotá D.C. Octubre de 2008

HÉCTOR ZAMBRANO RODRIGUEZ
Secretario de Salud de Bogotá

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios de Salud

Marcela Delgado de Ferro

MARCELA DELGADO DE FERRO
Profesional Especializada
Área Análisis y Políticas de Servicios de Salud

INSTITUTO MATERNO INFANTIL
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



HACE CONSTAR QUE

CLAUDIA RODRIGUEZ

Asistió al Taller de Actualización sobre:

ETICA Y TECNICA EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
PARTICIPACION DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA

Realizado 14, 15, 16 Agosto-2000 con intensidad horaria 18 horas

Jefe Depto Enfermería

Directora Escuela

Sctr. Académica

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 DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

CÓDIGO: ET-GT-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-11-25

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Salud San Pedro Clover
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Patricia Rodriguez Paez 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:

Auxiliar de Enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Claudia Patricia Rodriguez P.

No. de documento: 52.163.226 Bta

Tarjeta profesional No: 52.163.226

Dirección de contacto: Calle 53B sur N° 5C 42 Este

Teléfono: 3716932 - 3102962934

Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES	SIG

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fue fusionado en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran el área jurídica, se constata que el señor(a) RODRIGUEZ PAEZ CLAUDIA PATRICIA identificado con Cédula No, 52163226 suscribió, la orden de servicio que se relaciona más adelante,

Contrato	Tipo	Perfil	Duración	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad	*RF*
As110	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TREINTA (30) DÍAS	01/02/2012	29/02/2012	903754	BOSA	*31029*
As209	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (1) mes y quince(15) días	01/03/2012	15/04/2012	903754	BOSA	*31246*
As347	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (1) mes y Quince(15) Días	16/04/2012	31/05/2012	903754	BOSA	*31442*
As487	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (1) Mes	01/06/2012	30/06/2012	903754	BOSA	*31671*
As633	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (1) Mes	01/07/2012	31/07/2012	903754	BOSA	*31899*
As781	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (1) Mes	01/08/2012	31/08/2012	903754	BOSA	*32110*
As907	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Dos (2) Meses	01/09/2012	31/10/2012	903754	BOSA	*32519*
As1062	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Dos (02) meses y Cinco (05) días	01/11/2012	05/01/2013	903754	BOSA	*32794*
As97	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Tres (03) Meses y Veinticinco (25) Dias	06/01/2013	30/04/2013	903754	BOSA	*33061*
As252	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Dos (02) Meses	01/05/2013	30/06/2013	903754	BOSA	*33300*
As447	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/07/2013	31/07/2013	903754	BOSA	*33575*
As595	PRINCIPAL	AUXILIAR	Un (01) Mes	01/08/2013	31/08/2013	903754	BOSA	*33790*

		DE ENFERMERIA						
As737	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Dos (02) Meses	01/09/2013	31/10/2013	903754	BOSA	*34005*
As904	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Dos (02) Meses y Dos (02) Dias	01/11/2013	02/01/2014	903754	BOSA	*34272*
As904	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Veintiocho (28) Dias	03/01/2014	31/01/2014	903754	BOSA	*34413*
As180	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/02/2014	28/02/2014	921829	BOSA	*34748*
As336	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Veinte (20) Días	01/03/2014	20/03/2014	921829	BOSA	*34977*
As500	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/04/2014	30/04/2014	921829	BOSA	*35217*
As660	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Tres (03) Meses	01/05/2014	31/07/2014	921829	BOSA	*35455*
As834	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Tres (03) Meses	01/08/2014	31/10/2014	921829	BOSA	*35765*
As1045	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/11/2014	30/11/2014	921829	BOSA	*36130*
As1208	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/12/2014	31/12/2014	921829	BOSA	*36399*
As119	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/01/2015	31/01/2015	921829	BOSA	*36590*
As292	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/02/2015	28/02/2015	921829	BOSA	*36827*
As447	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Tres (03) Mes	01/03/2015	31/05/2015	958702	BOSA	*37057*

As697	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/06/2015	30/06/2015	958702	BOSA	*37453*
As861	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/07/2015	31/07/2015	958702	BOSA	*37678*
As1057	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/08/2015	31/08/2015	958702	BOSA	*37934*
As1250	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/09/2015	30/09/2015	958702	BOSA	*38192*
As1484	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Dos (02) Meses	01/10/2015	30/11/2015	958702	BOSA	*38490*
As1774	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/12/2015	31/12/2015	958702	BOSA	*38965*
As149	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Tres (03) Meses	01/01/2016	31/03/2016	958.702	BOSA	*39201*
As415	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes	01/04/2016	30/04/2016	958.702	BOSA	*39617*
As617	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Tres (03) Meses	01/05/2016	31/07/2016	958.702	BOSA	*39887*
1134	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Un (01) Mes y Veinticinco (25) dias Calendario	01/10/2016	25/11/2016	1100000	BOSA	*40128*
5-3135	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Quince (15) dias Calendario y Un (01) mes	26/11/2016	10/01/2017	1100000	BOSA	*40287*
5-0654	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Cinco (05) Meses y Veinte (20) Dias Calendario	11/01/2017	30/06/217	1100000	BOSA	*40539*
OPS 5-0654-17	PRINCIPAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TREINTA (30) DÍAS	01/07/2017	31/07/2017	1.100.000	BOSA	*135010*
SO-2947	*PRINCIPAL ADICION*	*AUXILIAR DE*	*Cinco (5) meses 30*	*01/08/2017*	*30/01/2018*	*6.814.854*	*BOSA*	*135011*

	PRORROGA	*ENFERMERIA*	*dias*					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Las órdenes relacionadas anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia de la información registrada en la base de datos a solicitud del interesado a los veintiun (21)dias del mes de febrero de 2018y tiene validez por tres meses.

Atentamente,

Cordialmente,

MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACION

SGATHC: 109 /16

EL SUSCRITO
ASESOR JURIDICO
CERTIFICA QUE:

La Sra. **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.163.226 de Bogotá, presta sus servicios en calidad de contratista como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** a continuación se relacionarán los contratos suscritos con la entidad:

CONTRATO No.	VALOR	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
97 /2009	$ 886.032	01 MAY /2009	31 MAY /2009
260 /2009	$1.772.066	01 JUN /2009	31 JUL /2009
466 /2009	$1.329.050	01 AGOS /2009	15 SEPT /2009
1ª ADICION Y PRORROGA	$ 886.033	16 SEPT /2009	15 OCT /2009
801 /2009	$ 886.033	16 OCT /2009	15 NOV /2009
1ª ADICION Y PRORROGA	$ 443.016	16 NOV /2009	30 NOV /2009
969 /2009	$1.329.049	01 DIC /2009	15 ENE /2010
1ª ADICION Y PRORROGA	$ 996.786	15 ENE /2010	15 FEB /2010
AS-98 /2010	$2.569.495	19 FEB /2010	15 MAY /2010
AS-239 /2010	$1.329.050	16 MAY /2010	30 JUN /2010
1ª ADICION Y PRORROGA	$ 443.017	01 JUL /2010	15 JUL /2010
AS-321 /2010	$1.346.771	16 JUL /2010	31 AGO /2010
1° ADICIÓN Y PRORROGA	$ 903.754	01 SEP /2010	30 SEPT /2010
AS-476 /2010	$1.807.508	01 OCT /2010	30 NOV /2010
AS-627 /2010	$1.355.631	01 DIC /2010	15 ENE /2011
AS-106 /2010	$ 903.754	16 ENE /2011	15 FEB /2011
AS-251 /2011	$ 903.754	16 FEB /2011	15 MAR /2011
AS-399 /2011	$1.355.631	16 MAR /2011	30 ABR /2011
AS-539 /2011	$1.807.508	01 MAY /2011	30 JUN /2011
AS-681 /2011	$ 903.754	01 JUL /2011	31 JUL /2011
AS-823 /2011	$1.807.508	01 AGO /2011	30 SEP /2011
AS-954 /2011	$ 903.754	01 OCT /2011	31 OCT /2011
AS-1081 /2011	$ 903.754	01 NOV /2011	30 NOV /2011
AS-1220 /2011	$ 903.754	01 DIC /2011	31 DIC /2011
AS-1367 /2011	$ 903.754	01 ENE /2012	31 ENE /2012
AS-110 /2012	$ 903.754	01 FEB /2012	29 FEB /2012
AS-209 /2012	$1.355.631	01 MAR /2012	15 ABR /2012
AS-347 /2012	$1.355.631	16 ABR /2012	31 MAY /2012
AS-487 /2012	$ 903.754	01 JUN /2012	30 JUN /2012
AS-633 /2012	$ 903.754	01 JUL /2012	31 JUL/2012
AS-781 /2012	$ 903.754	01 AGO /2012	31 AGO /2012
AS-907 /2012	$1.807.508	01 SEP /2012	31 OCT /2012
AS-1062 /2012	$1.958.134	01 NOV /2012	05 ENE /2013
AS-97 /2013	$3.464.390	06 ENE /2013	30 ABR /2013

AS-252 /2013	$1.807.508	01 MAY /2013	30 JUN /2013
AS-447 /2013	$ 903.754	01 JUL /2013	31 JUL /2013
AS-595 /2013	$ 903.754	01 AGO /2013	31 AGO /2013
AS-737 /2013	$1.807.508	01 SEP /2013	31 OCT /2013
AS-904 /2013	$1.867.758	01 NOV /2013	02 ENE /2014
1ª ADICION Y PRORROGA	$ 843.504	03 ENE /2014	31 ENE /2014
AS-180 /2014	$ 921.829	01 FEB /2014	28 FEB /2014
AS-336 /2014	$ 614.553	01 MAR /2014	20 MAR /2014
1ª ADICION Y PRORROGA	$ 307.276	21 MAR /2014	31 MAR /2014
AS-5200 /2014	$ 921.829	01 ABR /2014	30 ABR /2014
AS-660 /2014	$2.765.487	01 MAY /2014	31 JUL /2014
AS-834 /2014	$2.765.487	01 AGO /2014	31 OCT /2014
AS-1045 /2014	$ 921.829	01 NOV /2014	30 NOV /2014
AS-1208 /2014	$ 921.829	01 DIC /2014	31 DIC /2014
AS-119 /2015	$ 921.829	01 ENE /2015	31 ENE /2015
AS-292 /2015	$ 921.829	01 FEB /20145	28 FEB /2015
AS-447 /2015	$2.876.106	01 MAR /2015	31 MAY /2015
AS-697 /2015	$ 958.702	01 JUN /2015	30 JUN /2015
AS-861 /2015	$ 958.702	01 JUL /2015	31 JUL /2015
AS-1057 /2015	$ 958.702	01 AGOS /2015	31 AGOS /2015
AS-1250 /2015	$ 958.702	01 SEPT /2015	30 SEPT /2015
AS-1484 /2015	$1.917.404	01 OCT /2015	30 NOV /2015
AS-1774 /2015	$ 958.702	01 DIC /2015	31 DIC /2015
AS-149 /2016	$ 2.876.106	01 ENE /2016	31 MAR /2016

En ningún caso estos contratos generan vínculo laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable, se expide a solicitud de la interesada, el día jueves diez (10) de Marzo del dos mil dieciséis (2016).

MARCO FIDEL MOSQUERA ANGARITA

	NOMBRES	CARGO	FIRMA
Elaborado por	Liliana Gómez Cárdenas	Secretaria	
Revisado por	Adriana Cancino Reyes	Profesional de Talento Humano	

Para cualquier información o confirmación favor comunicarse al teléfono 7764128 con la Oficina de Talento Humano.

Hogar Geriátrico
Cristo Redentor
MEDICINA GENERAL Y ENFERMERIA LAS 24 HORAS - TERAPIA FISICA Y OCUPACIONAL INTERNOS Y EXTERNOS
CARRERA 71 No. 54-40 - TEL.: 263 78 19 - NORMANDIA 1ra. ETAPA - BOGOTA, D. C.

AQUIEN INTERESE

Por medio de la presente certifico que la Señora **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ**, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52´163.226 de Bogotá, labora en la institución desde el 8 de Abril del **2000** en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, en el desempeño de sus funciones se ha caracterizado por su responsabilidad y honorabilidad.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los tres (3) días del mes de Marzo del 2006

ATT,

HOGAR GERIATRICO
CRISTO REDENTOR

TERESA MURCIA VARGAS
C.C. 35´408.857 de Zipaquira
Directora

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

LA SUSCRITA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

C E R T I F I C A:

Que consultada la base de datos esta registrada la Señora **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.163.226 de Bogotá, con vínculo laboral con el Hospital San Juan de Dios, inoperante desde el mes de Septiembre del 2001.

Su fecha de vinculación aparece desde el 16 de Septiembre de l995, en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**. Con intensidad de 8:00 horas diarias, con asignación mensual de $ 458.901.26. Con contrato a término indefinido.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los Veinticuatro (24) días del mes de Mayo de DOS MIL CINCO (2.005). Con destino a información personal

Cordialmente,

MARIA TERESA JAIMES CASTILLO
Jefe Departamento de Personal (E)
HSJD

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52163226**

RODRIGUEZ PAEZ
APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

Claudia Patricia RodriguezPaez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-1973**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

09-MAR-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500115-42100864-F-0052163226-20020218 **03728** 02049A 02 113649340

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14381998509

(415)7707212489984(8020) 000001438199850 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
5 2 1 6 3 2 2 6	6	3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 1 6 3 2 2 6	1 9 9 2 0 3 0 9

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	PAEZ	CLAUDIA	PATRICIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 53 B SUR 8 A ESTE 42

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
erikajuliethtellez@hotmail.com		3 7 1 6 9 3 2	3 1 0 2 9 6 2 8 3 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	1 9 9 3 0 3 2 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 7 1 8

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ZAMBRANO MONTERO YISELLA
985. Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 18-07-2016 08:24:40AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 16-07-2016
Hora: 8:18:28 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52163226-6 CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ

Información General

Dirección CL 53 B SUR 8 A ESTE 42

Teléfonos 3716932

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 02/05/2012

Soporte Inscripción 13487306

Fecha Inicio Actividades 22/03/1993

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000956638

Fuente ICA TE TOCA

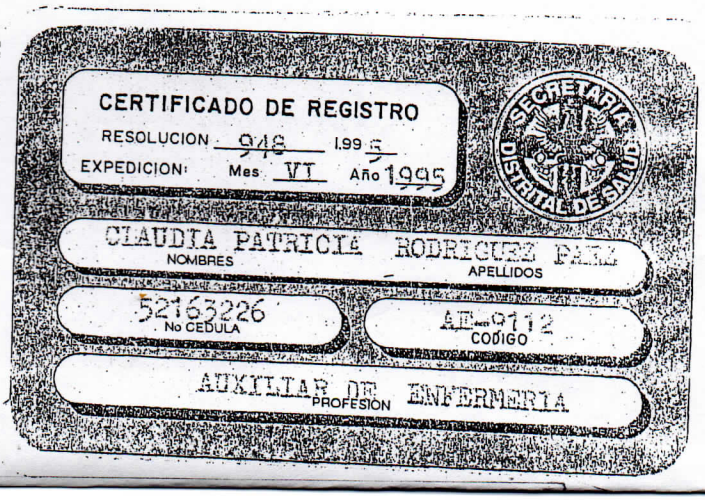
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
No. AE 071098
RODRIGUEZ PAEZ
CLAUDIA PATRICIA
AUXILIAR DE ENFERMERIA




Claudia P. Rodriguez
FIRMA
FIRMA AUTORIZADA


CERTIFICADO DE REGISTRO
RESOLUCION 948 1995
EXPEDICION: Mes VI Año 1995
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ
NOMBRES
APELLIDOS
52163226
No CEDULA
AE 9112
CODIGO
AUXILIAR DE ENFERMERIA
PROFESION

00948

RESOLUCION NUMERO DE 03 ADR. 1995

"Por la cual se registra e inscribe un titulo"

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegacion conferida por las resoluciones numero 2085 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanada del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que RODRIGUEZ PAEZ CLAUDIA PATRICIA identificado(a) con cedula de ciudadania numero 52163226 expedida en SANTAFE DE BTA , solicita el registro de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA ********** que le otorgo LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER ********** el 12/12/1994 e inscripcion para ejercer su profesion en el territorio de Santafe de Bogota D.C.

Que El ********** se encuentra debidamente refrendado por la Secretaria de Educacion al folio **** del libro **** de ****

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO * _ Registrar el CERTIFICADO que autoriza a RODRIGUEZ PAEZ CLAUDIA PATRICIA , identificado(a) con la cedula de ciudadania Nro. 52163226 , expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesion de AUXILIAR DE ENFERMERIA ********** en el Territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO - Inscribir a RODRIGUEZ PAEZ CLAUDIA PATRICIA , para ejercer su profesion en Santafe de Bogota, D.C.

ARTICULO TERCERO - Contra la presente procede el recurso de reposicion en los terminos y con los requisitos de que trata el Decreto Ley 01/84.

NOTIFIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogota, D.C. a los 03 ADR. 1995

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Secretario Distrital de Salud

FERNANDO FLOREZ ESPINOSA.
Subsecretario General

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52163226

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 52163226, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	5 Marzo 12	045158AA	Yeimy Cano
	2	26 Mayo 12	Cop. Restrepo	0001812
	3	12 Julio 12	Dar Salud	Miriam.
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras	Influenza	AH1N1	19-04-10	
H. Pablo VI	Bosa	MSF.	lote J7011A	
				Exp 9/2010

HEPATITIS B HEPAVAX GENE®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a	31/07/09	0931027	Sandra M
	2a	15.09-09	0931027	Sandra M
	3a	26-03-10	0345100	Jessica

HEPATITIS A EPAXAL®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

INFLUENZA AGRIPPAL® S1	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA VARICELLA VACCINE GCVC®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

DATOS DEL PACIENTE. Bogotá D.C, 16/jul./2016 10:00 am

Nombres: CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ
Tipo de Documento: CC **Documento** 52163226
Sexo: F **F. Nacimiento**: 05/ene./1973 **Edad**: 43.5 años
Entidad: HOSPITAL BOSA II NIVEL **Cargo:** AUXILIAR ENFERMERIA



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

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

1	APTO (A) FISICA Y MENTALMENTE PARA EL CARGO	Si	X
2	CON RESTRICCION TEMPORAL PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si	
3	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si	

Tipo de Restriccion: NINGUNA
Duración:

Recomendaciones:

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
X	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida
	Consulta optometria para formula de trastorno refractivo
X	Otras: PAUSAS ACTIVAS YD E RELAJACION HIGIENE POSTURAL

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

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

Exámenes Realizados:

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

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

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ REG. SO 1010
Bogotá D.C, 16/jul./2016 10:00 am

Julie Pauline Zapata
Médico Ocupacional
Reg. SO.1010735

R.M. [illegible]
Especialista Salud Ocupacional

Claudia Patricia Rodriguez P
Firma Examinado
C.C. No 52163226 Bta

ISO 9001:2008
BUREAU VERITAS
Certification
CO15.00035

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 de 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud
Y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitida por la comisión Intersectorial para el talento Humano en Salud.
Registro del programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: **RODRÍGUEZ PÁEZ CLAUDIA PATRICIA**

C.C.52.163.226 de Bogotá D.C.

Asistió al seminario de

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad de 20 horas

NANCY GALINDO GÓMEZ
Directora

FERNANDO ACEVEDO VELÁSQUEZ
Enfermero Universidad Nacional
Especialista En Educación y Orientación Sexual

Dado en Bogotá D.C., a los 18 Días del Mes de Febrero de 2016

ESCUELA TECNICA DE CAPACITACIONES COLOMBO-LATINA S.A.S

Asesorías, Capacitaciones y Entrenamientos En Salud y Seguridad Industrial

EL INSTITUTO DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO SEGÚN EL DECRETO 4904 DE 2009 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LEY 115 DE 1994 Y ACUERDO O.M.S MATRICULA MERCANTIL 0002788395

NIT:901059384 - 6

Verificación: escteccap@gmail.com

Teléfonos: 312 429 50 45 WhatsApp: 312 429 50 45

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ

C.C. 52´163.226

Aprobó y Cumplió Satisfactoriamente con los Objetivos del Curso:

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE MAYO DE 2014.

Con una Intensidad de 20 horas Realizados en la Ciudad de Bogotá D.C
dado a los 18 días del Mes de Junio de 2018

ESCUELA TECNICA DE CAPACITACIONES COLOMBO LATINA S.A.S NIT. 901059384-6

ALVARO DE LA PEÑA PARRA
REPRESENTANTE LEGAL

DIRECTOR CIENTIFICO

DR.LUIS ALFREDO DAZA MORA
DIRECTOR CIENTIFICO

DIRECTOR

COORDINADORA ACADEMICA

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

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

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

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

FECHA:	13 12 2019	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido 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:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Rodriguez	Paez	Claudia	Patricia		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52163226	Bogotá - Cundinamarca	1992-03-09
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
5 01 1973	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐		2	310 2962834

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:	Auxiliar de Enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 53B Sur N° 5C-42 Este	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3716932

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
patorodriguez185@gmail.com		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Tellez	Franco	Luis	Alberto

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79.702297	Bogotá - Cundinamarca	1993 03 02	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: ☒	NO ☐ ☐	NACIONALIDAD:	colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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 PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	800.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1500.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION 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	SEGUNDO NOMBRE
Estupiñan	Melendez	Maria	Angelica
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
cra 2Q 38-26 Guacamayas	Boyota-Cundinamarca	Amiga	4555548 - 3108897987

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros	008480284986	20 Julio	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

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

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y 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 haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Claudia Patricia Rodriguez Paez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ , identificada con Cédula Ciudadanía 52.163.226, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ		
Número de identificación:	52163226	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CALLE 53B SUR N 5C 42 ESTE	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	3716932	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52163226	RODRIGUEZ PAEZ CLAUDIA PATRICIA	23/08/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 5 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52163226,** se encuentra afiliado (a) desde **05/05/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52 163 226 — Numero de Documento	Seguros Bolivar — ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Claudia	Patricia	Rodriguez	Paez

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
05 01 1973	Bogotá	Calle 53B-30 i N°5C 42E	3716932

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Medimas	Colpensiones	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar de enfermeria	

Correo Electrónico	Celular
Patorodriguez 185@gmail.com	3102962834

Claudia Patricia RodriguezPaez
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

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

SEGUROS BOLÍVAR

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 IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52163226	CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ	RAFAEL URIBE-SEDE ADMINISTRATIVA	1	0.522%	14/11/2018		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 13 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118862303

WEB
18:08:47

Bogotá DC, 05 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) CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52163226:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 05 de diciembre de 2018, a las 18:14:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52163226
Código de Verificación	521632261812051814442

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2590443

Bogotá D.C., 5 de Diciembre de 2018 - 18:16 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) **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTISEIS** de BOGOTA D.C.

52163226

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.



ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_HUPR1_1618
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 18:17:50 horas del 05/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52163226**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ PAEZ CLAUDIA PATRICIA**

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**

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/02/16

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52163226** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número:	**008480284986**
Fecha apertura:	**2006/11/27**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA