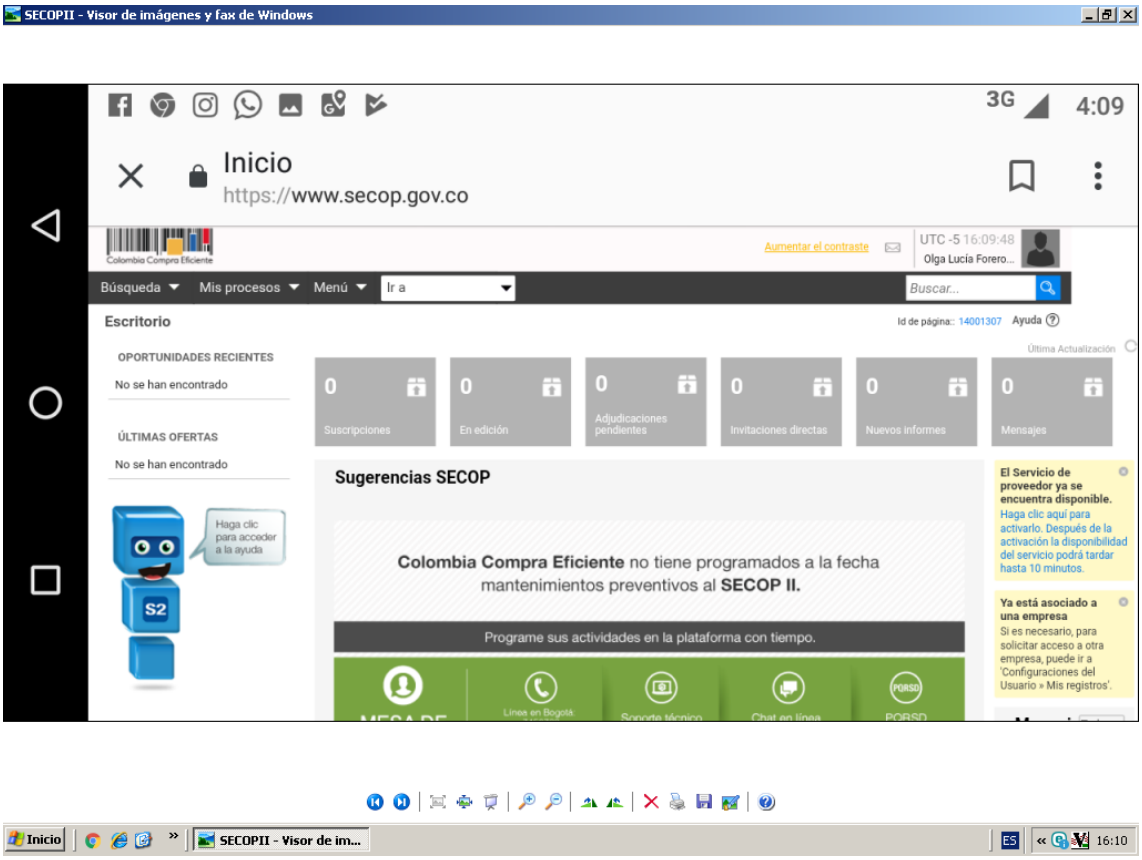

SECOPII - Visor de imágenes y fax de Windows
3G 4:09
Inicio
https://www.secop.gov.co
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 16:09:48
Olga Lucía Forero...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página:: 14001307
Ayuda
Última Actualización
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
0 Mensajes
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al SECOP II.
Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Inicio
SECOPII - Visor de im...
ES
16:10

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 Actualizacion: 22-ene-2019

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| FORERO | GONZÁLEZ | OLGA LUCÍA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52050272

*SEXO*: F (X) M ( )

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 24 MES DIC AÑO 1971

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

carrera 8c # 167d-05 apto 402 torre 1

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9219138

EMAIL olgalu_923@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 BASICA* | | | | | | | | | | | *TITULO* bachiller académico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°* | *2°* | *3°* | *4°* | *5°* | *6°* | *7°* | *8°* | *9°* | *10°* | *11°* | MES NOVIEMBRE AÑO 1988 |
| | | | | | | | | | | 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* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ES | 3 | X | | ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA | 10 | 2015 | |
| UN | 9 | X | | TERAPEUTA RESPIRATORIA | 2 | 1999 | 52050272 |

***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 Actualizacion 22-ene-2019

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: subred centro oriente | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA* | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS*: 3642120 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 8 AÑO 2018 | *FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO*: epodemiologa | *DEPENDENCIA*: salud publica | *DIRECCIÓN*: kr 3a este 31c 21 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: hospital central policia nacional | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA* | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS*: 202115 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 26 MES 11 AÑO 2009 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 11 AÑO 2018 | |
| *CARGO O CONTRATO*: terapeuta respiratoria | *DEPENDENCIA*: asistencial | *DIRECCIÓN*: cra 59 # 26-21 | |

## 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 | 9 | 1 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 9 | 1 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO 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

Última Actualizacion 23-ene-2019

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Olga Lafarero 6

*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)

***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: 22-ene-2019

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** OLGA LUCÍA FORERO GONZÁLEZ

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52050272 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** carrera 8c # 167d-05 apto 402 torre 1 **Teléfonos**3173306825 9219138

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| jesús miguel forero larrota | 17145147 | PADRE |
| olga maria gonzález de forero | 41419064 | MADRE |
| juan sebastian pineda forero | 1000697928 | HIJO(A) |
| andres felipe pineda forero | 1023082722 | 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 | $ 36.000.000,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 0,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 700.000,00 |
| TOTAL | $ 36.700.000,00 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| bancolombia | AHORROS | 7825 | marly | $ 900.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| APARTAMENTO | carrera 8c#167d-05 apto 402 t1 | $ 350.000.000,00 |
| VEHICULO | rbq303 | $ 20.000.000,00 |
| APARTAMENTO | carr 115 # 153-80 apto 502 t13 | $ 150.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| bancolombia | credito hipotecario | $ 190.000.000,00 |
| BANCOLOMBIA | CREDITO VEHICULO | $ 17.000.000,00 |

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

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

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

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

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

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | **C.C** ◯ **C.E** ◯ **T.I.** ◯ | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| trabajo | empleada |

## 3. FIRMA

Olga L. Forero G.

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019

**CIUDAD Y FECHA**

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

# El Liceo Femenino de Cundinamarca

## "Mercedes Nariño"

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, Según
Resolución Nº 14072 del 14 de Octubre de 1987

Confiere a

# Olga Lucia Forero Gonzàlez

Identificado (a) con T.I Nº 711224 - 00799 de Bogotá

## El Titulo de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario

Dado en Bogotá a 20 de Noviembre de 1990

Anotado al folio 57 Libro de Registro Nº 2

Secretario de Educación

En Bogotá a 1 de Abril de 1991

# REPUBLICA DE COLOMBIA

## FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

## "U M B"

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

**Olga Lucía Forero González.**

C.C. No. 52.050.272 Bogotá D.E.

EL GRADO **Profesional en Terapia Respiratoria.**

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES
QUE LE ACREDITAN PARA EJERCER LA PROFESION.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA
CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA.

A LOS 13 DIAS DEL MES Febrero DE 1998.

RECTOR

República de Colombia

# AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

## LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

## OLGA LUCÍA FORERO GONZÁLEZ

C.C. No. 52.050.272 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

## ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

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

Bogotá D.C., 9 de octubre de 2015

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 8 Folio 126 Registro 45149 Fecha : 9 de octubre de 2015

# Acta General de Graduación No 16

( Noviembre 26 de 1988 )

En la Ciudad de Bogotá D.C., a los 26 días del mes de noviembre de 1988, se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de las estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretario Académico en la Rectoría del Liceo Femenino de Mercedes Nariño . Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académico, según Resolución No 2592 del 28 de Agosto del 2002. Anterior Resolución de Aprobación No 14072 del 14 Octubre de 1987.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico a las graduandas cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

**FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA**
**T.I No.7112200799. DE BOGOTA**

Esta Acta consta de ( 153 ) estudiantes graduadas, que comienza ALMANZA OSORIO MONICA y termina con ZORILLA MURCIA DIANA MARIA

En constancia se firma la presente Acta, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981.

Dada en Bogotá D.C., a 6 de abril de del año 2010

ERICA ISRAEL ARIZA RONCANCIO
C.C:No.91.010,038 de Barbosa
Rector

LINO ACOSTA ACOSTA
C.C.No.11.377.203 de Fusagasuga
Secretario

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

UMB

PERSONERIA JURIDICA No.18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 158 LIBRO No. 1 FOLIO No. 158

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ

C.C.No. 52050272 BOGOTA D.E.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 13 DIAS DEL MES DE 02 DE 19 98

RECTOR

VICERRECTOR ACADEMICO

SECRETARIO GENERAL

DECANO AREA

Nº 3460

**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA**

**ACTA DE GRADO 754**

En Bogotá D.C., el 9 de octubre de 2015 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 145 del 6 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ** con cédula de ciudadanía Número 52050272 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante acuerdo 004 del 21 de abril de 1998. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 8, Folio 126, número 45149

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA ANGELICA PACHECO CHICA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 9 de octubre de 2015.

**María Angélica Pacheco Chica**
Secretaria General (E)

# CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

# S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

## OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ

c.c. 52.050.272

ASISTIO AL CURSO

## ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES: 2003/2014, 459/2012, Y LAS LEYES: 1146/2007, 1257/2008. A NIVEL NACIONAL PARA TODO EL PERSONAL DE LA SALUD

**CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS**

Dado en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Junio de 2017.

Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S. O. S.

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

TEL: 8069582 CEL: 3192978634

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Olga Lucìa Forero Gonzàlez, 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:

Profesional En Terapia Respiratoria

---

Cordialmente;

Firma Olga L. Forero G.

No. de documento: 52050272

Tarjeta profesional No: 52050272

Dirección de contacto: KR 8C 167D-05 APTO 402 T1

Teléfono: 31733068825

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Olga Lucìa Forero Gonzàlez, 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:

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA

---

Cordialmente;

Firma Olga L. Forero G.

No. de documento: 52050272

Tarjeta profesional No: 52050272

Dirección de contacto: KR 8C 167D-05 APTO 402 T1

Teléfono: 31733068825

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**POLICÍA NACIONAL**

**DIRECCIÓN DE SANIDAD**
**SECCIONAL SANIDAD BOGOTÁ**
**NIT. 900.336.524-5**

**EL SUSCRITO RESPONSABLE PROCESO PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES SECCIONAL SANIDAD BOGOTA**

# HACE CONSTAR:

*Que el Señor (a)* ***OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ,*** *Identificado(a) con* ***C.C.*** *No.****52.050.272,*** *ha celebrado con la* ***POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - SECCIONAL DE SANIDAD BOGOTÁ,*** *los contratos de prestación de servicios como* ***TERAPEUTA RESPIRATORIO,*** *que a continuación se relacionan, los cuales no generan relación laboral ni prestaciones sociales de acuerdo con lo establecido en el Artículo 32 de la ley 80 de 1993.*

| CONTRATO | VALOR MENSUAL | VALOR CONTRATO | PLAZO DE EJECUCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO |
|---|---|---|---|---|---|
| 81-7-20082-17 | 1.982.845.00 | 15.862.760.00 | OCHO (8)MESES | 21/02/2017 | 20/10/2017 |
| 81-7-20337-16 | 1.982.845.00 | 11.897.070.00 | SEIS (6)MESES | 16/08/2016 | 15/02/2017 |
| 81-7-20441-15 | 1.982.845.00 | 23.794.140,00 | DOCE (12) MESES | 12/08/2015 | 11/08/2016 |
| 81-7-20979 -14 | 1.982.845.00 | 20.225.019,00 | DIEZ (10) MESES Y SEIS (6) DIAS | 06/10/2014 | 11/08/2015 |
| ADICIÓN 81-7-201453 -13 | 1.982.845.00 | 3.965.690.00 | DOS(2) MESES | 31/07/2014 | 30/09/2014 |
| 81-7-201453 -13 | 1.982.845.00 | 15.994.949,67 | OCHO (8) MESES Y DOS (2) DÍAS | 29/11/2013 | 30/07/2014 |
| 81-7-20339 -13 | 1.906.582.00 | 11.439.492,00 | SEIS (6) MESES | 29/05/2013 | 28/11/2013 |
| 81-7-20963 -12 | 1.906.582.00 | 15.252.656,00 | OCHO (8) MESES | 24/09/2012 | 23/05/2013 |
| ADICIÓN 81-7-20-1309 -11 | 1.848.000.00 | 5.719.746.00 | TRES (3)MESES | 21/06/2012 | 20/09/2012 |
| 81-7-20-1309 -11 | 1.848.000.00 | 13.267.964,67 | SIETE (7) MESES | 21/11/2011 | 20/06/2012 |
| 81-7-20-277 -11 | 1.848.000.00 | 9.240.000,00 | CINCO (5) MESES | 13/06/2011 | 12/11/2011 |
| 81-7-20911 -10 | 1.848.000.00 | 12.936.000,00 | SIETE(7) MESES | 10/11/2010 | 09/06/2011 |
| 81-7-20042 -10 | 1.848.000.00 | 11.088.000,00 | SEIS (6) MESES | 07/05/2010 | 06/11/2010 |
| 07-7-20798 -09 | 1.848.000.00 | 9.240.000,00 | CINCO (5) | 01/12/2009 | 26/04/2010 |

Lo anterior de acuerdo con la información que reposa en la carpeta de cada contrato.

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado el día **27 de marzo de 2017**.

**Contador Público LUZMILA SANCHEZ GOMEZ**
Responsable Proceso Contratos Prestación Servicios SECSA

Elaboró: Marleydis Restrepo J.
Fecha de Elaboración: 27 de marzo de 2017
Ubicación: C:\escritorio

Carrera 68B BIS Nº- 44- 58 Edificio BG. Edgar Yesid Duarte Valero
Teléfono 2201300 ext. 1037
secsa-gucont@policia.gov.co
www.policia.gov.co

**FAMICARE CLINICA DÍA S.A.S.**
**NIT. 830.122.608-2**

CERTIFICA QUE:

La señora **OLGA LUCÍA FORERO GONZÁLEZ** identificada con cédula de ciudadanía **N° 52'050.272** se encuentra vinculada a nuestra institución mediante la modalidad de contrato de prestación de servicios como **TERAPEUTA RESPIRATORIA** a partir del 23 de Agosto de 2010.

La asignación mensual por concepto de honorarios profesionales corresponde a la suma de $ 1.080.567 (Un millón ochenta mil quinientos sesenta y siete pesos m/cte.) promedio mes.

Este certificado se expide a solicitud de la parte interesada.

Bogotá, 24 de Julio de 2017

Atentamente;

**CAROLINA BUSTAMANTE GÓMEZ**
Subgerente General

RECURSOS HUMANOS

**DIANA MARCELA CARDOZO L.**
Recursos Humanos

Calle 86A No. 23 - 19
PBX: 746 1630
Bogotá, Colombia
www.famicareclinicadia.com

Cuidarte Tu Salud sas
BIENESTAR Y VIDA
NIT 900.241.765 - 4

## A QUIEN INTERESE

## CUIDARTE TU SALUD S.A.S.

## NIT. 900.241.765-4

## CERTIFICA QUE

La señora **FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA** identificado (a) con C.C **52.050.272** de Bogotá; Tuvo un contrato por prestación de servicios a partir del:

- (30) de Marzo de 2016 – Vigente

Como **TERAPEUTA RESPIRATORIA** generando un promedio mensual en honorarios de 1.597.925 (un millón quinientos noventa y siete mil novecientos veinticinco pesos M/cte.), en el Área de atención domiciliaria.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado (a) a los 21 días del mes de julio de 2017. Para cualquier información por favor comunicarse a los teléfonos 3847450 - 3103422365.

Cordialmente.

**SANDRA C. BARRAGAN**
Directora Talento Humano
Elaborado por
Sandra Pérez auxiliar de talento humano



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1971

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-JUN-1990 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00208710-F-0052050272-20100112 0019840778A 1 1390109682



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.050.272
FORERO GONZALEZ
APELLIDOS
OLGA LUCIA
NOMBRES

Olga L forero G
FIRMA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14473556101

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 52050272 - 1

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 52050272

27. Fecha expedición: 19 90 06 01

Lugar de expedición: 28. País: COLOMBIA 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido: FORERO

32. Segundo apellido: GONZALEZ

33. Primer nombre: OLGA

34. Otros nombres: LUCIA

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: TRANSVERSAL 114 G 153 80 AP 502 TO 13

42. Correo electrónico: olgalu_923@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 4729679

45. Teléfono 2: 3015133978

## 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 |
| 8699 | 2001 07 01 | 7490 | 2015 10 15 | | | 2223 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| 54. Código | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

### 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:

61. Fecha:

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:

985. Cargo:

DOCUMENTO DE TERCEROS SIN VALIDEZ

Fecha generación documento PDF: 11-07-2018 04:51:45PM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

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

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha 28-07-2018
Hora 10:31:02 AM


**CONTRIBUYENTE** NIT 52050272-1 OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ

**Información General**

*Dirección* TV 114 G 153 80 AP 502 TO 13

*Teléfonos* 4729679-3015133978

*Dirección electrónica* olgalu_923@hotmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 11/09/2015

*Soporte Inscripción* 16821746

*Fecha Inicio Actividades* 01/07/2001

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Jurídica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 18003071111

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
PROFESIONAL EN TERAPIA
Olga L. Torres G.

*Resolución No :* 2630 *de* 12 MAYO 1998

*Secretaria Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá*

Por la cual se refrenda un TITULO para el ejercicio de la profesión en 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) FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA Identificado(a) con CC número 52050272 expedida en BOGOTA D.E solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su TITULO de PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN -UMB- el día 13/02/1998 y registrado en el libro 1 Folio 158 año 1998

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: Refrendar el TITULO que autoriza a FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA identificado(a) con CC número 52050272 expedida en BOGOTA D.E para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 12 MAYO 1998

CARLOS ROBERTO GARZON BECERRA
Director de Desarrollo de Servicios de Salud.(E)

Victor S.

Olga Lucia Forero G
52050.272
2630 Bogo
Olga L. Forero G.

# ReTHUS

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 *: 52050272

Primer Nombre *: olga

Primer Apellido *: forero

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52050272 | OLGA | LUCIA | FORERO | GONZALEZ | Ver |

**Información Detallada [CC: 52050272] OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Terapia respiratoria | 1998/5/12 | 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 | LOTE No | UNIDAD | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| Neumococo | 1 | 190210 | E0141 | HOCEN | |
| | Caso especial 2 | | | | |
| Hepatitis A | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| Varicela | 1 | | | | |
| Otras | | | | | |

VACUNA CONTRA

+d.

| EDAD | 3ra DOSIS Fecha | Lote | 4da DOSIS Fecha | Lote | 5da DOSIS Fecha | Lote |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17 ABR 2006 | | 17 MAY 06 | | | |

GRIPE: INFLUENZA A y B

| EDAD | Fecha | Lote | Fecha | Lote | Fecha | Lote |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Mayor información en la dirección médica de GLAXOSMITHKLINE Colombia S.A. Avenida El Dorado No. 91-50 Calzada Norte Teléfonos: 417 8686 - 425 1270 Página Web: www.casadevacunas.com.co Línea gratuita: 01 8000 118686 - Bogotá, D.C., Colombia

| BIOLÓGICO | DOSIS | FECHA | LOTE No | UNIDAD | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| Rubéola | Única | | | | |
| Tetánica Diftérica Td | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | Cada 10 años | | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |

| BIOLÓGICO | DOSIS | FECHA | LOTE No | UNIDAD | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | Cada 10 años | | | | |
| Influenza | Anual | 24/03/10 | | | |
| Fiebre Tifoidea | Cada 3 años | | | | |

AHANI

DISPONIBLE

| | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS B HEPAVAX GENE | 1a | | | |
| | 2a | | | |
| | 3a | | | |
| Refuerzo | 20 | 6/10/09 | 20602A2 | Isabel |

| | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA AGRIPPAL S1 | 1 | | | |

| | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| VARICELA VARICELA VACUNA SDVC | 1 | | | |

| | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS B HEPAVAX GENE | 1a | 09/05/06 | 20602A4 | Lucy |
| | 2a | 11/04/06 | 20602A4 | Lucy |
| | 3a | 19/10/06 | | |

| | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA AGRIPPAL S1 | 1 | | | |

| | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| VARICELA VARICELA VACUNA SDVC | 1 | | | |

Salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 860.007.336-1

Fecha de generación del carné: miércoles, 16 de agosto de 2017 0 p.m.

Número de identificación: 52050272

| Lote | Institución vacunadora |
|---|---|
| | POLICIA NACIONAL ESPAM TEUSAQU |

Salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 860.007.336-1

CALIDAD MAYOR BOGOTÁ D.C. Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010817118

Fecha de generación del carné: miércoles, 16 de agosto de 2017 04 p.m.

Datos del Vacunado

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía | Número de identificación: | 52050272 |
| Nombres y Apellidos | OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ | | |
| Fecha de nacimiento: | 20/12/1971 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| rampión y Rubéola | Única | | | | |
| | Tercera dosis | 17/05/2006 | Tetavax | | CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO USAQ |
| | Cuarta dosis | 31/08/2012 | Toxoide Tetánico y diftérico | 024L9011C | CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORT NORTE |
| oxoide Tetánico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| oxoide Tetánico Diftérico | Refuerzo | 28/11/2013 | Tetavax | 160I2009B | IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO |
| iple viral | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| aricela | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| PH Bivalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| PH Tetravalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |

DRA. CLAUDIA LILIANA GARCIA FORERO
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Lic. S.O. No. 9982 del 24/08/2016 S.D.S.

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
# RESOLUCION 2346 DE 2007

## 1. DATOS IDENTIFICACIÓN

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA | HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL | | | | | | | FECHA | DIA 29 | MES 08 | AÑO 2017 | | |
| NOMBRE TRABAJADOR | OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ | | | | | | | SEXO | MASCULINO | | FEMENINO X | | |
| DOCUMENTO | TI | CC X | CE | 52.050.272 | | | | EDAD 45 | AÑOS | | | | |
| CARGO | TERAPEUTA RESPIRATORIA | | | | | E.P.S | FAMISANAR | A.R.L | POSITIVA | | | | |
| TIPO EXAMEN | INGRESO | X | PERIODICO | | EGRESO | | SUPERFICIE | | ALTURAS | | | | |

## 2. EXAMENES REALIZADOS

| VALORACION | REALIZADO | NO REALIZADO |
|---|---|---|
| AUDIOMETRIA (ESCALA LARSON) | X | |
| VISIOMETRIA | X | |
| ESPIROMETRIA | X | |
| TEST VESTIBULAR | X | |

## 3. CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

| | | |
|---|---|---|
| 1. | APTO PARA LABORAR | X |
| 2. | APTO CONDICIONAL *(ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)* | |
| 3. | RESTRINGIDO PARA EL CARGO | |
| 4. | REQUIERE NUEVA VALORACION | |

## 4. OBSERVACIONES

NINGUNA

## 5. RECOMENDACIONES

CONTROL VISUAL ANUAL. HIGIENE POSTURAL. -USAR LOS EPP-

## 6. FIRMAS:

Dra. Claudia Liliana García Forero
Médico Cirujano
R.M.J.N.C.
R.M. 2895/94

FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL
REGISTRO MÉDICO:

FIRMA TRABAJADOR
C.C.

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente CERTIFICADO se expide orientado específicamente al Programa de Salud Ocupacional de la Empresa Contratante del Servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, modificada parcialmente por la RESOLUCIÓN 1918 de junio 05 de 2009, la custodia de las historias clínicas estará a cargo de la IPS que realiza los exámenes ocupacionales. En ningún caso, y bajo ninguna circunstancia podrá el empleador guardar copia de las HISTORIAS CLÍNICAS OCUPACIONALES de sus trabajadores.

# CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

# S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

## OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ

c.c. 52.050.272

ASISTIO AL CURSO

## ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES: 2003/2014, 459/2012, Y LAS LEYES: 1146/2007, 1257/2008. A NIVEL NACIONAL PARA TODO EL PERSONAL DE LA SALUD

**CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS**

Dado en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Junio de 2017.

Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S. O. S.

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

TEL: 8069582 CEL: 3192978634

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ**

*Con Cedula de Ciudadania No. 52.050.272*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## ATENCION EN SOPORTE VITAL BASICO

*con una duración de 20 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diecisiete (17) dias del mes de diciembre de dos mil quince (2015)*

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

**32850682 - 17/12/2015**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300109787 8CC52050272C.

U.T. Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca,
COOPSIN y
Fundación Universitaria Olga Forero de Olaya

CERTIFICA

QUE: *Olga Lucía Forero González*

identificado (a) con cc. *52050272*

Cursó y aprobó el diplomado de:

# *Soporte Vital Avanzado*

con una intensidad horaria de 40 horas

COOPSIN

HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA

RICARDO PERICO CASTILLA
Gerente COOPSIN

JOSE LEONIDAS OLAYA FORERO
Director Científico HCC

ALEXANDRA HERRERA BARRANTES
Coordinadora Académica

Dado en Soacha a los 27 días del mes de Junio de 2008

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: | 2019-01-22 | CIUDAD: | BOGOTA | 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: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | |

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FORERO | GONZALEZ | OLGA | LUCIA | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C C ☒ | C E ☐ | R C ☐ | NUIP ☐ | 52050272 | BOGOTA | 1990-06-01 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐ | | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| | BOGOTA | COLOMBIA | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO ☒ UNION ☐ ☐ VIUDO(A) ☐ | | | |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | TECNOLOGO ☐ | BACHILLER ☐ | OTRO ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☒ | CUAL: EPIDEMIOLOGA | EPIDEMILOGA |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CRA 8C 167D 05 APTO 402 TORRE 1 | BOGOTÁ | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| OLGALU_923@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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C C ☐ | C E ☐ | R C ☐ | NUIP ☐ | | | |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | CUAL: | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐ | NACIONALIDAD |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO ☐ | ESTUDIANTE ☐ | HOGAR ☐ | PENSIONADO ☐ | CUAL: |
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA ☒ | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☒ | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA ☐ | |

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**
**ESTRATEGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:** | **DECLARA RENTA** | SI [X] NO [ ] | **IVA** | SI [ ] | NO [X] | **CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA** | |
| | | | **ICA** | SI [X] | NO [ ] | **PRINCIPAL:** [X] **SECUNDARIA:** [ ] | |
| **GRAN CONTRIBUYENTE** | SI [ ] NO [X] | **AGENTE RETENEDOR** | | SI [ ] NO [X] | | **AGENTE AUTORETENEDOR** | SI [ ] NO [X] |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FUNCIONARIO PUBLICO** | **ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS** | **NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA** | |
| SI [ ] NO [X] | SI [ ] NO [X] | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE | |
| **ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA** | GOBIERNO [ ] SERVICIOS SALUD [X] | **# NIT** | 900959051-7 |

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL [X]

| **DIRECION DE LA EMPRESA** | **TELEFONO** | **CIUDAD/MUNICIPIO** | **DEPARTAMENTO** | **PAIS** |
|---|---|---|---|---|
| KR 3 ESTE 31C 21 | 3642120 | BOGOTA | CUNDIMARCA | COLOMBIA |
| **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 | $ 0 | GASTOS FAMILIARES | $ 1.000.000 | AHORROS | $ 0 | SALDO HIPOTECA | $ 0 |
| HONORARIOS | $ 3.600.000 | ARRIENDOS | | INVERSIONES | $ 0 | TARJETAS DE CREDITO | $ 8.000.000 |
| ARRIENDOS | $ 0 | CUOTA VEHICULO | $ 530.000 | VEHICULOS | $ 35.000.000 | DEUDA VEHICULOS | $ 15.000.000 |
| COMISIONES | $ 0 | CUOTA VIVIENDA | $ 1.500.000 | PROPIEDADES | $ 400.000.000 | DEUDAS TERCEROS | $ 0 |
| OTROS INGRESOS* | $ 700.000 | OTROS EGRESOS* | $ 0 | OTROS ACTIVOS* | $ 0 | OTROS PASIVOS* | $ 190.000.000 |
| **TOTAL INGRESOS** | **$ 4.300.000** | **TOTAL EGRESOS** | **$ 3.030.000** | **TOTAL ACTIVOS** | **$ 435.000.000** | **TOTAL PASIVOS** | **$ 213.000.000** |

| **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** |
|---|---|---|---|
| **FORERO** | **GONZALEZ** | **DIANA** | **CATALINA** |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| | **BOGOTA/CUNDIMARCA/COLOMBIA** | **HERMANA** | **3156116999** |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA

| **NOMBRE ENTIDAD** | **TIPO DE PRODUCTO** | **NUMERO** | **SUCURSAL** | **TELEFONO** |
|---|---|---|---|---|
| **BANCOLOMBIA** | **CIENTA AHORROS** | **7825** | **MARLY** | |

**MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:** SI [ ] [X]

| **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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

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

DEL EJERCICIO DE MI PROFESIÓN COMO

**2.** Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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.** Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lieitas.
**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 dias 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 dias 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 ) dias, 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 INFORMACION 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 comerciais, 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) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los 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 peronas 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, compañias 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 estadisticos.

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 Titulo I de la Circular Básica Juridica 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 autorizacion. 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

Olga Lucero G

**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:** | | |

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ identificado con CC 52050272 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

**Fecha de Activación de Servicios:** **18/02/2000**

**IPS Cotizante:** **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO PORTAL NORTE**

**Categoría:** **A**

**Estado:** **ACTIVO**

| Beneficiarios | Identificación | IPS | Tipo Afiliado | Inicio Vig. | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| RICARDO PINEDA GOMEZ | CC 79633759 | | BENEFICIARIO | 01/03/1998 | CANCELADO |
| JUAN SEBASTIAN PINEDA FORERO | TI 1000697928 | COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO PORTAL NORTE | BENEFICIARIO | 12/10/2001 | ACTIVO |
| ANDRES FELIPE PINEDA FORERO | TI 1023082722 | COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO PORTAL NORTE | BENEFICIARIO | 30/10/2004 | ACTIVO |

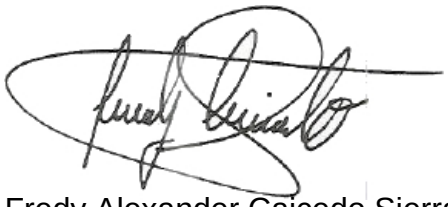
La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 22 días del mes de enero del año 2019 .

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

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
**EPS FAMISANAR S.A.S.**

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52050272,** se encuentra afiliado (a) desde **01/08/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Novedad | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha | MultivinculaciónDecreto 3995/2008 |
| Traslado de Salida | 2 | PROTECCION S.A. | 01/10/1997 | Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES | 23 | COLPENSIONES | 01/11/2017 | No Aplica |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de enero de 2019.

**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.

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**<br>**FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-024**<br>**VERSIÓN: 01**<br>**FECHA: 2017-08-04** |

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| | | | |
|---|---|---|---|
| 52050272 | | POSITIVA | |
| Numero de Documento | | ARL | |
| OLGA | LUCIA | FORERO | GONZALEZ |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| 24/12/1971 | BOGOTA | CR 8C 167D 05 AP 402 T1 | |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |
| FAMISANAR | COLPENSIONES | $ 3.600.000 | |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios | |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO | | | |
| Objeto Contractual (Cargo) | | Fecha Inicio del Contrato | |
| olgalu_923@hotmail.com | | 3173306825 | |
| Correo Electrónico | | Celular | |
| Olga L. Forero G. | | | |
| 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**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 121082965

WEB
14:57:38


Bogotá DC, 22 de enero del 2019

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) OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52050272:

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 martes 22 de enero de 2019, a las 14:59:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 52050272 |
| Código de Verificación | 52050272190122145953 |

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

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2715885**

**Bogotá D.C., 22 de Enero de 2019 - 15:01 pm**

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

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CINCUENTA MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS**

**52050272**

**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 Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_FWNFI_0115**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:42:07 horas del 23/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52050272**
Apellidos y Nombres: **FORERO GONZALEZ OLGA LUCIA**

**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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. 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. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

# Referencia Bancaria

Viernes, 2 de Febrero de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ identificado(a) con CC 52050272, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 20334967825 | 2007/07/25 | ACTIVA |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA