

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 10:42:23

Buscar por proceso | Menú | Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página:: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS,

JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS con el NIT 52861573 creada

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

Haga clic aquí para continuar >

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 15:03:00 JOHANNA ANDREA HE...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

Id de página:: 14005862 Ayuda

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Femenino
Cargo	
Título	Sr.
Nombre completo	JOHANNA ANDREA
Nombre y apellido	HERREÑO CONTRERAS
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	52861573
Fecha de emisión	19/07/2001 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	CL 92B SUR 14K 04
Código postal	
Estado	
Municipio	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	JOHANINIS1@GMAIL.COM
Teléfono	
Celular	3167576430

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: 22-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
HERREÑO	CONTRERAS	JOHANNA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52861573

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES ABR AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 92B SUR 14K 04

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3167576430

EMAIL johaninis1@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1999
										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*
TL	6	X		TECNOLOGO EN SISTEMAS	10	2007	
TC	3	X		TECNICO EN SECRETARIADO BILINGUE SISTEMATIZADO	9	2001	

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: 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED CENTRO ORIENTE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 5 MES 9 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TÉCNICO EN SISTEMAS	VIGILANCIA SANITARIA	CL 22 SUR 8A 58

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerencia@esecentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 25 MES 7 AÑO 2013	DIA 30 MES 6 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO EN SISTEMAS	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	KR 18B 23A 41 PIC

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
MACROSERVICIOS INTEGRALES		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subgerencia@macroservicios.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7425605	DIA 17 MES 1 AÑO 2013	DIA 1 MES 5 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ANALISTA CRE	IQ ELECTRONICS	KR 19B 82 46

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: 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INGACON SA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Huila	Neiva	ingacon01@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
57-2-5550487	DIA 1 MES 8 AÑO 2007	DIA 11 MES 10 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TELEGESTORA	INSTALACIONES BANDA ANCHA	KR 18 10 38

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DANE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Huila	Neiva	contacto@dane.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3112510048	DIA 8 MES 10 AÑO 2005	DIA 16 MES 12 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENCUSTADORA	ENCUESTAS	Calle 18 No. 7 75

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	5	5
PRIVADO	5	5
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	11

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).

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: 22-ene-2019

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Johanna Andrea Herreño C.

Bogota, 22-ene-2019

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, JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52861573 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 92B SUR 14K 04 **Teléfonos**3163737025

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
RONALDO HELI HERREÑO SIERRA	12269601	PADRE
ANA CECILIA CONTRERAS MARANTA	41748464	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 17.650.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 17.650.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	478070024763	BARRIO	$ 4.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
FERNANDO ENRIQUE CARDOZO	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	93446023

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

Johanna Andrea Herreño C.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

La Universidad del Tolima

Creada por ordenanza No. 5 del 21 de mayo de 1945, expedida por la Asamblea Departamental del Tolima

en Convenio con

La Universidad Surcolombiana

Creada por la Ley 13 de 1976 y reconocida mediante resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976
expedida por el Ministerio de Educación

por cuanto

Johanna Andrea Herreño Contreras

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.861.573 expedida en Bogotá D.C.

Ha cursado y aprobado los estudios requeridos, le confiere el título de:

Tecnólogo en Sistemas de Información

En la ciudad de Neiva, a los 26 días del mes de Octubre de 2007

Ministerio de Educación Nacional

Universidad del Tolima
Rector

Universidad del Tolima
Secretaria General

Universidad Surcolombiana
Rector

Universidad Surcolombiana
Secretaria General

Acta de Grado No. 597 Registrado en el libro No. 2 Folio No. 529

COMPUTADORES

Aprobado Secretaría de Educación del Huila
Resolución No. 298 de 1988 y 1590 de 1990

Educación No Formal

Confiere a:

Johanna Andrea Herreño Contreras

C.C. 52.861.573 BOGOTA

El Certificado de Aptitud Ocupacional como

Técnico en Secretariado Ejecutivo Bilingüe Sistematizado

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes de la Educación no formal, según los planes y programas vigentes, con una intensidad de 1.020 horas.

Vo. Bo. Secretaría de Educación

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No 01 Diploma No. 095

Dado en Neiva a los 8 días de SEPTIEMBRE Año 2001

La Universidad del Tolima
La Universidad Surcolombiana

Acta de Grado No. **597**

La Universidad del Tolima, creada por ordenanza No. 6 del 21 de mayo de 1945, expedida por la Asamblea del Tolima en convenio con la Universidad Surcolombiana, creada por la Ley 13 de 1976 y reconocida mediante resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976 expedida por el Ministerio de Educación, en atención a que el estudiante:

JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS

Con Cédula de Ciudadanía No. **52.861.573** de **Bogotá D.C.**

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por el convenio entre las Universidades, resuelve otorgar el título de:

TECNÓLOGO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En nombre y Representación de las Universidades, el Señor Rector de la Universidad Surcolombiana, tomó el juramento de rigor, en testimonio de lo anterior se firma la presente en la ciudad de Neiva, a los **26** días del mes de **OCTUBRE** de **2007**

Universidad del Tolima
Rector

Universidad del Tolima
Secretario General

Universidad Surcolombiana
Rector

Universidad Surcolombiana
Secretaria General

Acta de Grado No. **597** Registrado en el libro No. **2** Folio No. **528**

INSTITUTO TECNICO DE EDUCACION
RESOLUCION No. 298 DE DICIEMBRE 1 DE 1986
Y 1590 DE OCTUBRE DE 1990
DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL HUILA

ACTA DE GRADO

TELEDATA COMPUTADORES

NEIVA (HUILA)

En la ciudad de **NEIVA (H)**, a los **OCHO (08)** días del mes de **SEPTIEMBRE** del año **2001** se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último semestre, los suscritos Director y Secretaria Académica de **TELEDATA COMPUTADORES** Instituto aprobado hasta nueva visita en el nivel de **EDUCACION NO FORMAL** y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Certificado de **TECNICO EN SECRETARIADO EJECUTIVO BILINGÜE SISTEMATIZADO**, según **Resoluciones No.298 de Diciembre 1 de 1986 y 1590 de Octubre de 1990.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios de TECNICO EN SECRETARIADO EJECUTIVO **BILINGÜE** SISTEMATIZADO, al graduado cuyo nombre corresponde al nivel de Educación No Formal; se procedió a otorgar, con nombres, apellidos y número de identificación que se relaciona a continuación:

Johanna Andrea Herreño Contreras
C.C. **52,861,573 de Bogotá**

Es fiel copia tomada del acta original general, que consta de 45 alumnos que comienzan con el nombre de **ADRIANA MARIA GARCES NARVAEZ** se cierra con el nombre de **YOHANA PAOLA HERRERA CAMPO**, firmado y sellado por **DIOGENES MOTTA HERNANDEZ** (Director) y **MARYOLY ROJAS ROJAS** (Secretaria Académica).

Dada en **Neiva (Huila)** a los 08 días del mes de **Septiembre** de 2001

FIRMADO Y SELLADO

EL DIRECTOR
C.C 7.688.853 de Neiva (H)

LA SECRETARIA ACADEMICA
C.C 36.065.954 de Neiva (H)

DIPLOMA No 095

CARRERA 8 No. 6-61 TELEFAX: 8715874 - 8718853 NEIVA - HUILA
E-mail: teledata@telecom.com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS

C.C. 52.861.573

APROBO EL CURSO

SERVICIO AL CLIENTE

DURACION 100 HORAS

JOSE ANGEL BELTRAN MARTINEZ
JEFE DE CENTRO

Neiva, 12 de Abril de 2002
CIUDAD Y FECHA DE TERMINACION

MULTISECTORIAL DEL NORTE
CENTRO DE FORMACION

2002-0018 12-04-2002
No. Y FECHA DE REGISTRO

CERTIFICADO DE APROBACIÓN F-S-138

Bogotá D.C

Señores:

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

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS 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:

TECNOLOGA EN SISTEMAS DE LA INFORMACION_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Johanna Andrea Herreño C.

No. de documento: _____52861573_____

Tarjeta profesional No: _____ _____

Dirección de contacto: _____ CL 92B SUR 14K 04_____

Teléfono: ____3167576430 - 3185146779_____

Bogotá D.C

Señores:

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

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

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

TECNICO EN SECRETARIADO BILINGÜE SISTEMATIZADO
_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: _____52861573_____

Tarjeta profesional No: _____ _____

Dirección de contacto: _____ CL 92B SUR 14K 04_____

Teléfono: ____3167576430 - 3185146779_____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CONSECUTIVO N° 533

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

La señora **JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS**, identificada con CC. N° 52.861.573, presta sus servicios de manera personal y autónoma en el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO
PP500/2013	25/07/2013	31/01/2014	$ 8.793.026
PP194/2014	01/02/2014	31/01/2015	$ 17.229.400
PP139/2015	01/02/2015	30/06/2015	$ 7.664.700
02 PS 1614 2016	05/09/2016	31/03/2017	$ 9.613.334
PS 3713 2017	17/04/2017	31/03/2018	$ 15.750.000
PS 3745 2018	09/04/2018	30/06/2018	$ 4.100.000
PS 4654 2018	04/07/2018	03/01/2019	$ 9.205.000

OBJETO CONTRACTUAL ULTIMO CONTRATO
PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. 6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 03 de octubre de 2018

La presente certificación se expide con base en la información que se encuentra registrada en las Bases de Datos de las vigencias anteriores al 31 de marzo de 2016, transferidas por los antiguos Hospitales que conforman la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.,** según las disposiciones del Decreto No. 029 de 2015 que reglamenta el proceso de entrega y/o transferencia de los archivos públicos de las entidades que se suprimen, fusionen, privaticen o liquiden; y que desarrolla el artículo 20 de la Ley 594 de 2000 y el artículo 39 del Decreto Ley 254 de 2000, y con la información de las bases de datos de la Subred a partir del 1 de abril de 2016.

Para mayor información favor comunicarse a la linea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyecto: Isabel Jimenez – Técnico administrativo
Reviso: Luz Helena Hernández Palacios/ Profesional Especializado

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente
Subred Centro Oriente E.S.E

EL HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL DE ATENCIÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR:

Que en el archivo del Hospital reposan los contratos de Prestación de Servicios, con sus antecedentes que se relacionan a continuación suscritos con **JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS** con cédula de ciudadanía número **52.861.573**

CONTRATO N° PP500/2013

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2013-07-25 Terminación 2014-01-31.
Valor total de la contratación: $8.793.026

CONTRATO N° PP194/2014

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2014-02-01 Terminación 2015-01-30.
Valor total de la contratación: $17.229.400

CONTRATO N° PP139/2015

Objeto: Prestar servicios independientes como **TECNICO SISTEMAS**
Duración: Suscripción 2015-02-01 Terminación 2015-06-30.
Valor total de la contratación: $7.664.700

Funciones:

1. Cumplimiento del 100% de metas y o actividades mensuales programadas en la línea de intervención y/o componente asignado, incluye proyectos especiales, Disponibilidad a eventos en los territorios saludadles de salud pública, atención a quejas solicitudes con sus respectivas respuestas de acuerdo a la necesidad. La asignación de metas y/o actividades se realiza directamente con el supervisor técnico del contrato.

2. Ejecutar las actividades con calidad, oportunidad y eficiencia de su línea de intervención según las Guías operativas y técnicas distritales PIC 2013, dando cumplimiento a las metas periódicas asignadas por SDS y por el Hospital.

3. Realizar el seguimiento y monitoreo a la ejecución de los procesos y actividades de acuerdo al plan de acción de la línea de intervención bajo responsabilidad.

4. Conocimiento e implementación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad NTGP1000, modelo estándar de control interno, gestión documental , gestión ambiental institucional, procesos y procedimientos institucionales y lineamientos, fichas técnicas y portafolios dados por la SDS y por la ESE, debe hacer apropiación e implementación de los objetivos, valores y principios corporativos institucionales en la ejecución de las actividades del componente y/o territorio, lo cual debe verse reflejado en los soportes de actividades diligenciadas con calidad, sin enmendaduras, letra legible, exigencias y recomendaciones técnicas, precisas basadas en la norma, respuestas a quejas y derechos de petición con claridad, precisión, rapidez y oportunidad en los formatos establecidos por la institución y/o la SDS. Intervenciones ejecutadas con calidad y oportunidad en la atención de las mismas, cero quejas, cero glosas.

6. Entregar y radicar a diario informes con calidad de las actividades ejecutadas el día anterior e informes solicitados los cuales deben ser oportunos y con calidad en los formatos establecidos y suministrados por la institución, conforme a los parámetros estipulados por la ESE, lineamientos, fichas técnica, criterios de glosas dados por la SDS y demás estándares que hacen parte del presente contrato; para ello debe anotar el número de registro de entrega, para fin de mes se deberá entregar en la fecha y hora pactada, de manera que facilite los procesos de elaboración de informes de gestión de certificación.

7. Entregar el cronograma solicitado por la SDS, al respectivo supervisor técnico el día 26 de cada mes.

8. Recepcionar a diario los documentos (solicitudes, quejas, derechos de petición) o tareas asignadas en cumplimiento al objeto contractual, para ello debe anotar los correspondientes números de registro de recibido para su soporte mensual.

9. Asistencia al 100% y obligatoriamente a capacitaciones asignadas e implementar en el servicio los conocimientos adquiridos; Asistir al 100% a las reuniones convocadas por la institución, el área o las delegadas fuera de la institución con sus respectivos informes, dejando constancia a través de la firma del acta de asistencia y en caso de ser diferente al área enterar al referente del área sobre los puntos tratados y compromisos adquiridos.

10. Estar disponible para realizar apoyo en la actualización del archivo el cual debe estar acorde a la normatividad vigente, teniendo en cuenta el sistema de gestión documental y tablas de retención documental.

11. Responder y levantar oportunamente las glosas parciales generadas por la SDS y/o firma interventora.

12. Mantener actualizado y organizado los soportes de la intervención bajo su responsabilidad, de acuerdo a la normatividad vigente de gestión documental y hacer entrega al finalizar su contrato.

13. Velar por el buen uso de los equipos y elementos de trabajo suministrados por el hospital y hacer entrega de los mismos al final del contrato.

14. Participar activamente en las jornadas de salud pública programadas tanto por la SDS como por el Hospital.

15. Las demás actividades que le sean programadas según la prestación del servicio.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 30 del mes de mayo de 2016

Martha P. Jiménez A.

MARTHA PATRICIA JIMENEZ AVILA
Profesional Especializado

MACROSERVICIOS
INTEGRALES S.A

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) HERRENO CONTRERAS JOHANNA ANDREA identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 52861573, ingresó a laborar al servicio de la empresa a partir de la fecha 2013-01-17, mediante un contrato por duración de la Obra o Labor como empleado en misión , en las instalaciones de IQ ELECTRONICS COLOMBIA LTDA, desempeñando el cargo de ANALISTA CRE con una asignación básica de $589,500.00.

Promedio de otros pagos prestacionales de $70,500.00 .

.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C a los 1 días del mes de Mayo de 2013.

Atentamente,

KATERINE CASTRO DELGADO
Líder de Nómina

CONSTANCIA LABORAL

A QUIEN PUEDA INTERESAR

EFICACIA S.A. identificada con el Nit. 800137960 hace constar mediante el presente escrito que el(la) señor(a) **HERREÑO CONTRERAS JOHANNA ANDREA**, identificado(a) con la cedula de ciudadania No 52861573, labora mediante la vinculación de un contrato de trabajo **Por Obra o Labor Contratada** a partir del 02 de Agosto de 2010 y con vigencia a la expedición del presente certificado, prestando sus servicios para el evento: **APOYO TEMPORAL ANALISTA CRE** desarrollando labores de **ANALISTA CRE** con una asignacion salarial fija mensual de $ 598000 m/cte. *

El presente documento se ha generado vía web ,, consideramos importante validar lo aquí estipulado con los funcionarios de la oficina de servicio al cliente en cada ciudad.*Salario sujeto a verificacion con planillas.

El presente documento no es valido para solicitud de credito.

El presente documento se expide a solicitud del interesado el día 07 de Diciembre de 2011.

Cordialmente,

Luis Gabriel Corredor
Coordinador Nacional TH vinculacion

Ingeniería y Construcciones CONSEING Ltda.
NIT 800.024.543-3

CERTIFICACIÓN LABORAL

Ibagué, 2009-07-06
CL128 - 09

Atento saludo.

Ingeniería y Construcciones CONSEING Ltda., certifica que la señora JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS, identificada con la cédula de ciudadanía 52.861.573 expedida en Bogotá D.C., estuvo vinculada en calidad de funcionaria de La Organización, así:

CARGO	RADIO OPERADORA
TIPO DE CONTRATO	Contrato individual de trabajo a término fijo inferior a un año para trabajadores de confianza y manejo.
PERÍODO	Diciembre 16 de 2008 hasta Junio 30 de 2009

Esta certificación laboral se expide a solicitud expresa del funcionario, con destino a la Hoja de Vida.

Cordialmente.

ANA CONSUELO SACRISTAN CARVAJAL
GERENTE GENERAL

INGACON S.A.

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS
INGACON S.A.

CERTIFICA QUE:

El señor (a) **JOHANA ANDREA HERREÑO CONTRERAS**, identificada (a) con cédula de ciudadanía No. **52.861.573**, labora en INGACON S.A., en las siguientes condiciones:

Fecha de Ingreso:	01 de Agosto de 2007
Fecha de Terminación:	31 de Julio de 2008
Tipo de contrato:	Termino Fijo, Inferior a un año
Cargo:	Telegestora.
Salario mensual:	$ 550.000
Ciudad de trabajo:	Neiva - Huila

Se expide a solicitud del trabajador, al Primer (01) día del mes de Noviembre de 2008.

Atento saludo,

NIT. 928.181.731-9 INGACON

DIONE SAN JUAN GUTIERREZ
Jefe de Recursos Humanos

NIT. 928.181.731-9 INGACON RECURSOS HUMANOS

Copia: Hoja de vida del trabajador

INGACON S.A.

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS
INGACON S.A.

CERTIFICA QUE:

El señor (a) JOHANA ANDREA HERRERA CONTRERAS, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52.861.573, labora en INGACON S.A., en las siguientes condiciones:

Fecha de Ingreso:	01 de Agosto de 2008
Fecha de Terminación:	11 de Octubre de 2008
Tipo de contrato:	Duración por Obra/Labor contratada.
Cargo:	Agenciadora.
Salario mensual:	$ 639.000
Ciudad de trabajo:	Neiva - Huila

Se expide a solicitud del trabajador, al Primer (01) día del mes de Noviembre de 2008.

Atento saludo,

NIT.: 800.161.751-6
INGACON
Carrera 43A No. 10-28
Medellín - Piso 7mo.
Tel.: 266 6467

DIONE SAN JUAN GUTIERREZ
Jefe de Recursos Humanos.

Copia: Hoja de vida del trabajador

DANE

Territorial Neiva

EL SUSCRITO COORDINADOR GENERAL DEL CENSO 2005 EN NEIVA

CERTIFICA QUE:

La señorita **JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS**, identificada con cedula de ciudadanía numero 52.861.573 de BOGOTA, hizo parte del grupo del CENSO GENERAL 2005, cumpliendo las funciones de ENCUESTADOR DE CAMPO URBANO desde el dia 08 de octubre hasta el 16 de diciembre de 2005.

Dado en Neiva a los veintidós (22) dias del mes de Diciembre de 2005.

Ing. JOSE MANUEL GONZALEZ REINOSO
COORDINADOR GENERAL
Censo 2005 Municipio de Neiva.
Cel: 311 251 00 48

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52861573**

HERREÑO CONTRERAS
APELLIDOS

JOHANNA ANDREA
NOMBRES

Johanna Andrea Herreño C.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1983**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-JUL-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500118-42096153-F-0052861573-20011227 **0219901360D 01 111987536**

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 14250283095

(415)7707212489984(8020) 000001425028309 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 6 1 5 7 3	1	Impuestos de Bogotá 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 8 6 1 5 7 3	2 0 0 1 0 7 1 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
HERREÑO	CONTRERAS	JOHANNA	ANDREA

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
CR 15 163 35

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
johaninis@hotmail.com		3 1 3 3 3 0 3 2 3 5	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 2 9 9	2 0 1 3 0 7 2 2		Año Mes Día			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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 3 0 7 2 2

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 MOSCOSO ACUÑA VICTOR MANUEL
985. Cargo: Analista II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 14-12-2016
Hora: 1:27:10 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52861573-1 JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS

Información General

Dirección KR 15 163 35

Teléfonos 3163737025
Dirección electrónica johaninis@hotmail com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/07/2013
Soporte Inscripción 15574464
Fecha Inicio Actividades 22/07/2013
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001466448

Fuente ICA TE TOCA

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

MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

OT

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: JOHANA ANDREA

Apellidos: HERREÑO CONTRERAS

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52861573

Fecha de Nacimiento: Día 21 Mes 04 Año 1983

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1			
NEUMOCOCO	1			
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRABICA	1			
	2			
	3			
F. TIFOIDEA	1			
T. VIRAL	1			
	2			

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nº 0011

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 - Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Johanna Andrea Herreño

IDENTIFICACIÓN: 52861573

TELÉFONO: 3167576430 F.N.: 21-04-83

Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya

Tel.: (01) 804 10 05 - Cel: 321 322 90 92 - 310 674 82 24 - 320 420 17 13

e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com • www.ipsvacunarcolombia.com

Scanned by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	2301-19	12-20 012Z413002	SRV
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	23 ENE, 2019	ENGERIX LAHBVC664AI V.08/2020	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.394.707-3
	2	23 Febrero		
	3			
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			

Centro Especializado en Vacunación
IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Scanned by CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá segun
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

Nit: 830.015.894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 13 / 9 / 2016

EXAMEN: [✓] Preocupacional o Ingreso [ ] Pos-ocupacional o Egreso [ ] Periódico

NOMBRES: JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS C.C. 52.861.573 EDAD: 33 SEXO [ ] M [✓] F

EMPRESA: SUBRED CENTRO ORIENTE CARGO: TECNICO EN SISTEMAS Tel.: Cel.: 3185146779

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL	
Valoración Medica Laboral	✓		
Espirometria			
Audiometria			
Visiometría			
Optometría			
Electrocardiograma			
Psicología Laboral			
Radiología Túnel/Carpo			
Radiología Columna			
Radiología Tórax			

	NORMAL	ANORMAL	
Respiratorio	✓		
Dermatología	✓		
Osteomuscular	✓		
Cardiovascular			
Vacunas			
Prueba de Equilibrio	✓		
Otros			

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL	
Cuadro Hematico IVG			
Glicemia			
Colesterol			
Triglicerios			

	NORMAL	ANORMAL	
Serología			
Parcial de Orina			
RH - Grupo Sanguíneo			
Varios			

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) [ ] Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	X		Aplazado		
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo			No apto para este cargo		
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel					

Examen PERIODICO satisfactorio SI [ ] NO [ ] | Examen de EGRESO satisfactorio SI [ ] NO [ ]

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	✓	6. Control Audiometrico	✓	11. Estilos de Vida Saludable	✓
2. Pausas Activas	✓	7. Uso de Doble Proteccion Auditiva	✓	12. Evitar Posturas Prolongadas	✓
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	✓	8. Control Optometrico Periodico	✓	13. Uso de Medias de Compresión Graduado	✓
4. Uso de Elementos de Protección Personal	✓	9. Uso de Lentes permanentes	✓	14. Valoración y Manejo en IPS	✓
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral	✓	10. Control de Tension Arterial	✓		

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fuí informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS
UMED LTDA. IPS
Dr. Hugo R. Nieto R.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
SST Lic. 251396
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador
Johanna Andrea Herreño
C.C. No. 52861573

HUELLA D.

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
umedltda@gmail.com - info@umedips.com
www.umedips.com

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

Scanned by CamScanner

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

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:
☐	☐	X	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
HERREÑO	CONTRERAS	JOHANNA	ANDREA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52861573	BOGOTA	2001-07-19

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1983-04-21	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE X VIUDO(A) ☐	1	1	3167576430

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO X CUAL:	TECNICO EN SISTEMAS

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 92B SUR 14K 04	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	***

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
JOHANINIS1@GMAIL.COM		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CARDOZO	POLOCHE	FERNANDO	ENRIQUE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	93446023	COYAIMA/TOLIMA	2003-11-12

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA X	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. . . . . ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO X	8299
		NO ☐	ICA	SI X	NO ☐	PRINCIPAL: X SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO X		SI ☐ NO X		SI ☐ NO X

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 E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					# NIT
GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒			***900.959.051-7***

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ RANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ MENTOS M☐CAMENTOS ☐
OTRA ☒ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CL 22 8A 58	***2091480***	***BOGOTA***	***CUNDINAMARCA***	***COLOMBIA***

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	
	TECNICO EN SISTEMAS		

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	$ 200.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 1.550.000	ARRIENDOS	$ 500.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 450.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 1.550.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.150.000**	**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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OVIEDO	**CASTAÑEDA**	**JOHN**	**WILLIAM**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
TV 2A 48J 70 SUR APTO 302	**BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA**	**AMIGOS**	**3112421936**

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	**CUENTA DE AHORROS**	**478070024763**	**PANAMERICANO**	

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:
IMPORTACI☐ EXPORTACION☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ A ☐
CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

TECNICO EN SISTEMAS

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 requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se 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 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, 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.

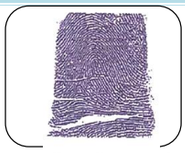
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS 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



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:		

Bogotá, Enero 22 de 2019

Señor:
CARDOZO POLOCHE FERNANDO ENRIQUE
CC. 93446023
CL 69 D SUR NO 4 D 65 - 3465755
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 4 de 2008. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CARDOZO CABRERA VICTORIA ALEXANDRA	1149434005	T	Jul-4-2008	178	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
HERRENO CONTRERAS JOHANNA ANDREA	52861573	C	Mar-21-2012	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CARDOZO POLOCHE FERNANDO ENRIQUE	93446023	C	Jul-4-2008	168	0	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ACTIVOS S A S	93446023	Dependiente	CERRADO
ALMACENES CORONA SA	93446023	Dependiente	CERRADO
ALMACENES MAXIMO SAS	93446023	Dependiente	CERRADO
ALMACENES MAXIMO SAS	93446023	Dependiente	CERRADO
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL	93446023	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

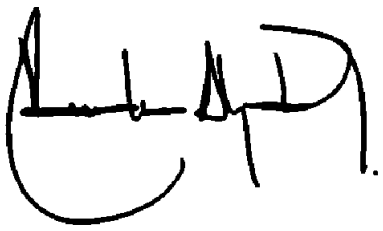
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,861,573**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Enero de 2019.



_____
Gerente de Clientes

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

52861573		SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento		ARL

JOHANNA	ANDREA	HERREÑO	CONTRERAS
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

21/04/1983	BOGOTA	CL 92B SUR 14K 04	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

SALUD TOTAL	PORVENIR	$ 1.550.000,00
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

TECNICO	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

JOHANINIS1@GMAIL.COM	3167576430
Correo Electrónico	Celular

Johanna Andrea Herreño C.	
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. 121032576

WEB
07:17:26

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) JOHANNA ANDREA HERREÑO CONTRERAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52861573:

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 07:19:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52861573
Código de Verificación	528615731901220719 09

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. 2713484

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2019 - 7:15 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JOHANNA ANDREA HERREñO CONTRERAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS SETENTA Y TRES** de BOGOTÁ, D.C.

52861573

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_4KHR5_157
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 07:20:36 horas del 22/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52861573**
Apellidos y Nombres: **HERREÑO CONTRERAS JOHANNA ANDREA**

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.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **22/01/2019**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JOHANNA ANDREA HERRENO CONTRERAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **52861573**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570478070024763**
Fecha de apertura	**24/07/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA