

IDENTIFICACION
 NOMBRE: Camila Anas C.I. 1.018.498.213
 TELEFONO: 321-777276 ASESOR: Amber de Enfermeras

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO
 (FORMA DE LAS DOS PARTES)
 TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGISTRABLE

1	FOTO FONDO BLANCO PARA CÁMERA, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FUNDADO JFC	SI	☒	NO	☐
2	APORTE INSCRIPCIÓN SECOP II - REGISTRO EN CIRCULAR EXTERNA No 13 de 2015	SI	☒	NO	☐
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (IDEAF) - INDEPENDIENDO - IMPRESO Y FIRMADO	SI	☒	NO	☐
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (IDEAF) - Firmada y con firma (Ley 196 de 1998)	SI	☒	NO	☐
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	NO	☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	NO	☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	NO	☐
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL - N° 10.000 de 13 de mayo de 2015	SI	☐	NO	☐
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA FUERTE CENTRO ORIENTE (Forma, Traducción, Traducción)	SI	☒	NO	☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (IDEAF)	SI	☒	NO	☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 100%	SI	☒	NO	☐
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDE CON LA ACTIVIDAD DEL RUT CÓDIGO CII <u>8692</u>)	SI	☒	NO	☐
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RUT	SI	☒	NO	☐
14	LIBRETA MILITAR (Homolog)	SI	☐	NO	☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒	NO	☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRICTAL O DEPARTAMENTAL) - (Puntaje en Salud)	SI	☒	NO	☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETRIS (Personal de salud)	SI	☒	NO	☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Dietética, Logopedia, Comodología, Farmacología)	SI	☐	NO	☐
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITE B (Personal Asistencial) - (Módulo una dosis vigente) - (10 años de vigencia) VIO - O TITULACIÓN (vacunas)	SI	☒	NO	☐
20	EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia en cuerpo a 2 años - Dec. 732017)	SI	☒	NO	☐
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 000990 de 2014) (Personal Asistencial, Vigencia/Inscripción y Consulta Externa)	SI	☒	NO	☐
22	CARNÉ DE RADIODIAGNÓSTICO (Personal expuesto a Radiación Ionizante - Vigencia / años)	SI	☐	NO	☐
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TEMA DE CITOLOGÍA (Medicina, Enfermería, Farmacología/Comodología/Logopedia/Odontología/ Radiología) 2011 de 2014	SI	☐	NO	☐
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Asistencial)	SI	☒	NO	☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Medicina, Vigencia, atención ambulatoria EPA, salud comunitaria y personal AFM)	SI	☐	NO	☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Conducir)	SI	☐	NO	☐
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conducir)	SI	☐	NO	☐
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y conductores)	SI	☐	NO	☐
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLA) - Compromiso de Responsabilidad - Vigencia y Firmado con Huella	SI	☒	NO	☐
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE - NOMBRE <u>5.05</u>)	SI	☒	NO	☐
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE <u>Pctivenir</u>	SI	☐	NO	☐
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RECURSOS LABORALES (FORMATO DE LA FUERTE CENTRO ORIENTE - NOMBRE: <u>Seguros Bolívar</u>)	SI	☒	NO	☐
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia en cuerpo a 2 meses)	SI	☒	NO	☐
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCAL - CONTRALORÍA (vigencia en cuerpo a 3 meses)	SI	☒	NO	☐
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia en cuerpo a 3 meses)	SI	☒	NO	☐
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - FISCALÍA (vigencia en cuerpo a 3 meses)	SI	☒	NO	☐
37	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y legítima Bancaria, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒	NO	☐

VERIFICACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

OTRO RECONOCIMIENTO FIRMADO

Firma





Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Inicio -- Configuraciones de Perfil

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

Recuperar el contraseña

GO

UTC -5 15:42:07

CAMILA ARIAS



Buscar...

Id de página: 14205822 Ayuda

Salir

Información del usuario

Género Femenino
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título Sra.
Nombre completo CAMILA ARIAS
Nombre y apellido CAMILA ARIAS
Código del empleado 85101601
Tipo de documento
Número de documento 1018498213
Fecha de emisión 05/10/1997 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Expedido por BOGOTÁ
Fecha de expiración
Dirección carrera 9 # 32-68 sur
Código postal
Estado
Municipio Bogotá
País COLOMBIA
Correo electrónico camilaarias978@gmail.com
Teléfono 3217727278
Celular 3217727278
Número de fax



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta 3217727278
Celular 3217727278

Salir



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 180 de 1995, 463 y 443 de 1996)

ENTIDAD RECEPTORA

Sistema Integrado de Servicios de Salud Centro Oriental
E.S.S.

SIDEAP

Última Actualización: 14-06-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ARAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES CAMEA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1018496213	SEXO F. ☒ M. ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES OCT AÑO 2018 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 9 n° 32-68 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 785620 EMAIL camilaxarias978@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 BÁSICA											TÍTULO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										X	DICIEMBRE	2014

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA)

TL (TECNOLÓGICA)

TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)

UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN)

MG (MAESTRIA O MAGISTER)

DC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	auxiliar de enfermería	11 2016	10359



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Ley 180 de 1995, 488 y 443 de 1995)

ENTIDAD ASESORADA

Autoservicios de Servicios de Salud Carlos Giraldo
S.A.S.

SIDEAPO

Oficina Asesoradora - 14 de Mayo 2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá 16-XII-2018

Camila Arias

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.



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1985, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Chile
S.A.S.

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

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.



Última Actualización: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

YO, CAMILA ARIAS

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1018498213 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección carrera 9 n° 32-68 sur

Teléfonos 3217727278 785620

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

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	\$ 5.600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 5.600.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
--------------------	----------------	---------------------	-------------------	--------------------

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



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



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

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

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

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

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Camila Anas.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

Departamento de Caldas

y en su nombre la

Institución Educativa
" Marino Gómez Estrada "

Aguadas - Caldas

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental, según
Resolución No. 4916 del 10 de Octubre de 2011,

Confiere A:

Camila Arias

Identificado (a) con C.I. No. 97100502970 de Manizales, Caldas

El Título de:

Bachiller Técnico

Con Profundización en Preservación de Recursos Naturales

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



Luz Adiel Acevedo Osorio
C.C. N°. 24.366.022 de Aguadas
Rectora

José Elbardo Cardona Candamil
C.C. N°. 4.335.002 de Aguadas
Secretario

Dada en Aguadas - Caldas, a los 28 días del mes de Noviembre de 2014.



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael

BOGOTÁ | COLOMBIA

"Educación para el trabajo y el desarrollo humano"

Aprobación Ministerio de Educación Nacional Resolución No. 9085 de septiembre 1 de 1977, Aprobación Ministerio de Salud Resolución No. 00930 de enero 23 de 1986, Autorización Oficial Secretaria de Educación según Resolución No. 2122 de febrero 24 de 1997 y la No. 7979 de noviembre 18 de 1997, Acuerdo 150 de Mayo 11 de 2009 Ministerio de Protección Social, Resolución No. 04-0221 de diciembre 16 de 2009 Renovación y Registro de Programa Secretaria de Educación. Resolución 02579 de mayo 19 de 2014 Registro Programa Técnico Laboral del SENA. Resolución No. 004-007 de 2016 Renovación del Registro del Programa de Técnico Laboral de Auxiliar en Enfermería.

Confiere a:

Camila Arias

Identificado(a) con CC N. 1,018,498,213 de BOGOTÁ D.C.

Certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber culminado satisfactoriamente el programa.

Intensidad: 1.800 horas.

Director(e) _____

Secretaria _____

Libro: _____

2

Folio: _____

78

Acta: _____

77

Bogotá D.C. 18 de Agosto de 2017





**INSTITUCIÓN EDUCATIVA
MARINO GÓMEZ ESTRADA**
Cra. 3 Cl. 17 B. Los Olivares Tel. 8514530
Aguadas - Caldas



Folio No. 001 MODALIDAD TÉCNICA

S.E.D.: 101303-0002
DANE: 117013001191

ACTA Individual de GRADUACIÓN No. 031

En la Ciudad de Aguadas, Caldas a 28 de de Noviembre del año 2014, se reunieron los Suscritos Rectora y Secretario, en la Rectoría de la Institución Educativa "MARINO GÓMEZ ESTRADA", Institución Aprobada en los respectivos grados y Autorizada por la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL, por Resolución No. 4916 del 10 de Octubre de 2011, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado.

Comprobada la situación legal y académica del alumno:

CAMILA ARIAS

Identificado (a) con T.I. No. 97100502970 de Manizales, Caldas
Quien cursó y aprobó los estudios correspondientes al respectivo nivel de Educación Media se procedió a otorgar el título de **BACHILLER TÉCNICO CON PROFUNDIZACIÓN EN PRESERVACIÓN DE RECURSOS NATURALES**

Tomada del Libro de ACTA GENERAL DE GRADUACIÓN, Acta No. 030 FOLIO 001

Para Constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en el cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º del Decreto No. 180 del MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

LUZ ADIELA ACEVEDO OSORIO
C.C. No. 24.366.022 de Aguadas
Rectora

JOSÉ LIBARDO CARDONA CANDAMIL
C.C. No. 4.335.882 de Aguadas
Secretario



CE-EAESR-008/17
NIT. 860.019.014-7

La Escuela Para Auxiliares de enfermería "San Rafael" Aprobación Ministerio de Educación Nacional Resolución No. 9085 de Septiembre 1 de 1977, Aprobación Ministerio de Salud Resolución No. 00930, de Enero 23 de 1986, Autorización Oficial Secretaría de Educación según Resolución No. 2122, Febrero 24 de 1997 y la No. 7979 de Noviembre 18 de 1997, Acuerdo 150 del 11 de Mayo de 2009 del Ministerio de Protección Social, Resolución No. 04-0221 de Diciembre 16 de 2009 Renovación y Registro de Programa Secretaría de Educación. Resolución 02579 de Mayo 19 de 2014 Registro programa Técnico Laboral del SENA. Resolución 04-007 de Mayo 27 de 2016 Renovación del Programa de Técnico Laboral de Auxiliar en Enfermería. Resolución 04-095 del 9 Diciembre de 2016 Registro al Programa Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería.

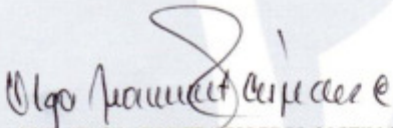
CERTIFICA

QUE, **CAMILA ARIAS**, IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.018.498.213 DE BOGOTÁ, SE ENCUENTRA REALIZANDO EN NUESTRA INSTITUCION SEGUNDO SEMESTRE COMO **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA** CON LA PROMOCION 77 QUE INICIO EN FEBRERO DE 2016.

INTENSIDAD HORARIA: 8 HORAS DIARIAS = 40 HORAS SEMANALES
MODALIDAD: PRESENCIAL
TOTAL HORAS DEL PROGRAMA: 1.800 HORAS – TRES SEMESTRES
FECHA TERMINACION: AGOSTO DE 2017

SE EXPIDE POR SOLICITUD DEL (A) INTERESADO(A) A LOS VEINTISEIS (26) DIAS DEL MES DE ENERO DE DOS MIL DIECISIETE (2017).

CORDIALMENTE,


ENF. OLGA JEANET CÉSPEDES CASTILLO
Directora

HOSPITAL ORTOPÉDICO

hacemos la diferencia en su salud

CERTIFICA QUE:

Camila Ariz
1.018.498.213

Participó como Asistente en la
CAPACITACIÓN DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

Intensidad Horaria: 6 Horas

Actividad teórico práctica llevada a cabo en el HOSPITAL ORTOPÉDICO, el día 20 de
noviembre del 2017



Dr. Carlos MORENO
Director científico



**Dra. Maria Alejandra
Rodríguez**
Coordinadora Laboratorio Clínico



**Laura Carolina
Coronado B**
Enfermera



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

**Escuela para Auxiliares
de Enfermería San Rafael**

BOGOTÁ | COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

Camila Arias

Identificada(o) con C.C. 1.018.498.213

PARTICIPO EN CALIDAD DE ASISTENTE

**EN LA XVIII JORNADA DE ACTUALIZACION EN ENFERMERIA
COMPROMISO Y LIDERAZGO EN LA GESTION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA**

INTENSIDAD 9 HORAS

Bogotá D.C, 08 de Julio de 2.016

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael
BOGOTÁ, D.C.

OLGA JEANET CESPEDES CASTILLO
DIRECTORA ESCUELA



OTORGA

Certificado de asistencia

A

CAMILA ARIAS
CC 1.018.498.213

Por su participación en el "PROGRAMA ACADÉMICO BÁSICO DE ENTRENAMIENTO EN HERIDAS Y OSTOMIAS", llevado a cabo en la ciudad de Bogotá en el **Hospital Universitario Clínica San Rafael** durante los días 10, 17 y 24 de Abril de 2017 con una intensidad teórico práctica de 12 Horas.

Teresita Perdomo R.

Teresita Perdomo Ardila, ENF.
Technical Training Manager
ConvaTec - Region Andina

Bogotá D.C

Señores:

Escuela para Auxiliar de Enfermería San Rafael

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Técnico por competencia Auxiliar de Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Camila Anas

No. de documento: 1 016 498 213

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Cra 8 # 31 sur 17 Bogotá Dc

Teléfono: 320 474 00 13



Hospital Universitario Clínica San Rafael

DTH-1741-17

EL DIRECTOR DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

HACE CONSTAR

Que **CAMILA ARIAS**, identificada con Cedula de Ciudadanía número 1018498213, firmo acuerdo realización de prácticas en esta institución como **APRENDIZ AUXILIAR DE ENFERMERIA**, desde 08 de febrero de 2017 y hasta el 07 de agosto de 2017.

Se expide en Bogotá, DC, a los 20 días del mes de septiembre de 2017.



SERGIO IVAN MEJIA LEMA
Director Talento Humano

NATIONAL CLINICS en Alianza con HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

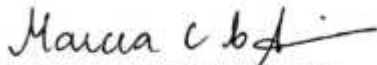
CERTIFICAMOS

Que la señora **ARIAS CAMILA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.018.498.213** laboro con nosotros desde el día (01) de octubre de 2017 hasta el día (28) de diciembre de 2017, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, mediante un contrato a término indefinido.

La presente se expide a solicitud del interesado a los (19) días del mes de febrero del 2018.

Cordialmente;

 **HOSPITAL ORTOPÉDICO**
hacemos la diferencia en su salud
NIT. 900.412.444-1


MARCIA LIMA AMORIM
Departamento de Talento Humano

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.498.213**

ARIAS

APELLIDOS

CAMILA

NOMBRES

Camila Arias

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
AGUADAS
(CALDAS)

05-OCT-1997

LUGAR DE NACIMIENTO
1.55

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

19-OCT-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00769181-F-1018498213-20151128

0047561918A 1

45261844

 DIAN <small>Departamento Administrativo de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUSCRA <small>Ministerio de Hacienda y Contratación</small>	001																				
2. Concepto: 01 Inscripción <small>Espacio reservado para la DIAN</small>		4. Número de formulario: 14434137736																					
		 <small>(415)7707212489984(8020) 000001443413773 6</small>																					
5. Número de identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 8 4 9 8 2 1 3 - 6		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá: 3 2																					
IDENTIFICACION																							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida: 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía: 1 3																					
26. Número de identificación: 1 0 1 8 4 9 8 2 1 3		27. Fecha expedición: 2 0 1 5 1 0 1 9																					
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: ARIAS		32. Segundo apellido: 																					
33. Primer nombre: CAMILA		34. Otros nombres: 																					
35. Razón social: 																							
36. Nombre comercial: 																							
37. Sexo: 																							
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: CR 9 32 68 SUR BRR SAN ISIDRO																							
42. Correo electrónico: camilaarias978@gmail.com		43. Código postal: 																					
		44. Teléfono 1: 3 2 1 7 7 2 7 2 7 8																					
		45. Teléfono 2: 																					
CLASIFICACION																							
Actividad económica																							
46. Código: 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 7 1 0 0 3																					
48. Código: 7 4 9 0		49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 7 1 0 0 3																					
50. Código: 1 2		51. Código: 																					
52. Número establecimientos: 																							
Responsabilidades, Calidades y Atributos																							
53. Código: 1 2																							
12- Ventas régimen simplificado																							
Obligados aduaneros		Exportadores																					
54. Código: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma: ☐	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20														
		56. Tipo: ☐																					
		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: 1																					
		61. Fecha: 2 0 1 7 1 0 0 3																					
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: RUEDA FUGUENE WILSON DAVID 985. Cargo:																					



DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 02-02-2018

Hora: 3:24:50 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1018498213-6 CAMILA ARIAS

Información

Dirección KR 9 32 68 SUR B. SN ISIDRO

Teléfonos 3217727278

Dirección camilaarias978@gmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 02/02/2018

Soporte Inscripción 23412896

Fecha Inicio Actividades 03/10/2017

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 74901-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. COMO CONSULTORIA PROFESIONAL (INCLUYE ACTIVIDADES DE PERIODISTAS)

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 10439 de 23/08/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ARIAS CAMILA Identificado(a) con CC número 1018498213 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por ESCUELA PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA SAN RAFAEL el día 18/08/2017

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes,

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a ARIAS CAMILA identificado(a) con CC número 1018498213 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 23/08/2017

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Revisó: Sebastián Quiroz L.
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 02-11-17
A la fecha notifique personalmente al
señor (a) Camila Arias
CC. # 1.018.998.213
Firma Camila Arias

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *
<input type="text" value="Cédula de Ciudadanía"/>	<input type="text" value="1018498213"/>
Primer Nombre *	<input type="text" value="CAMILA"/>
Primer Apellido *	<input type="text" value="ARIAS"/>

[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)**Resultado General -2018-11-30 --2:12:41 PM -2018-11-30 --2:13:47 PM**

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1018498213	CAMILA		ARIAS		Ver

Información Detallada [CC: 1018498213] CAMILA ARIAS**2018-11-30 --2:13:47 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017/8/23	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).



Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: domingo, 02 de diciembre de 2018
10:03 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía Número de identificación: 1018498213
Nombres y Apellidos: CAMILA ARIAS
Fecha de nacimiento: 05/10/1997

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	23/01/2016	Hepavax Gene	1434021-01	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Segunda dosis	02/03/2016	Hepavax Gene	1434021-01	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Tercera dosis	04/04/2016	Hepavax Gene	1434021-01	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Refuerzo	30/01/2017	Hepavax Gene	1434026	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				



Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: domingo, 02 de diciembre de 2018
10:03 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1018498213
Nombres y Apellidos: CAMILA ARIAS
Fecha de nacimiento: 05/10/1997

Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	23/01/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2272	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Segunda dosis	02/03/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2273	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Tercera dosis	27/09/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2277	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Cuarta dosis	03/10/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	D2299 - SEPTIEMBRE 2018	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

 **SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS**
 N° 900157744 - 0
 Dirección: C/ 27 SUR No 19 - 19
 Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029
INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
 Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE
 Fecha 04/07/2018 11:31:00 Empresa PARTICULAR
 Nombre CAMILA ARIAS
 Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA Doc. Identidad CC 1018498213



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐	Requiere restricciones de actividades	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐	Requiere reubicación laboral temporal	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐	Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐	EXAMEN DE RETIRO		
					Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☐
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
					Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
 Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL SI ☐ NO ☒ EPS SI ☐ NO ☒

APTO PARA EL CARGO.
 USO DE EPP, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES TRABAJO SEGURO Y RIESGOS DE CAIDA EN LA EMPRESA. DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1409 DEL 23 DE JULIO DE 2012

Clara Ines Restrepo D.
 Dra. Clara Ines Restrepo D.
 Médica Especialista Salud Ocupacional
 L.S.O. 0274/B

Camila Arias



CLARA INES RESTREPO DIEZ
 Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN
 SALUD OCUPACIONAL
 CC: 22449933 RM: LSO0274/B RENOV: RES4970
 Trabajador: CAMILA ARIAS
 CC 1018498213
 Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: C/ 27 SUR No 19 - 19 Teléfono: 4087000-4072406-3183832985-3115117029
 Email: menricardo19@hotmail.com



SABERSALUD
CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

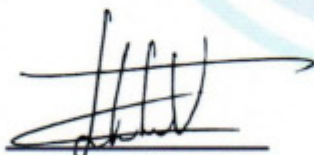
Camila Arias

C.C. 1.018.498.213 Bogotá.

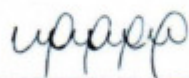
**ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO**

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

**DADO A LOS 12 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2018,
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS**


Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD




Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 2 FOLIO 0547

Sede administrativa Calle 8 A # 72A - 32 Barrio Castilla
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639
sabersaludse@gmail.com



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 :

CAMILA ARIAS

c.c. 1.018.498.213

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

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



Dado en Bogotá D.C, a los 15 días del mes de Septiembre de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Edificio Alameda / Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

TEL: 8069582 CEL: 3192978634

3192859190

info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

3. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Identificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si se declara.
Certificado de pensión o desempleados de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si se declara.
Independiente/Contratista por OPS: Contratación de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 70 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o contrato de
nificado de honorarios o contratos de arrendamiento o contratos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estado financieros certificados
r de renta si se declara. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
otro: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si se

ificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Contratistas)
el Registro Único Tributario RUT.
rescriben en el RUT Distrital.
el documento de identificación, emitido al 150%.
Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
anterior del último periodo disponible, expedido de conformidad con las normas vigentes, verificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
Ot Añade poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
Los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

ACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO: AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN
EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL DE SERVICIOS DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y
ESTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

se personal solicitada en el presente formulario de Consentimiento del Cliente son regidos siguiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de
tendencias internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
ne a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1381 de 2012, las disposiciones que hacen la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicho
r 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
o ni utilización no requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
se personal adicional para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
se también serán notificados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

se la presente autorización, emitiéndola por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con NIT 900.959.951-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43,
434 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Asiento:

datos de aceptar a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas,
nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

D DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes
El fin de la solicitud de vinculación como contratista, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El
población de contacto con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de riesgos y análisis y selección de riesgos. c) La
cumplimiento de contratos que cubren: i) El ingreso y la prevención del riesgo. ii) La liquidación y pago de cuentas. iii) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y
datos. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos
nuestras, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y
datos de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades
Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la "Dirección de Impuestos y Aduanas
Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a los sistemas que la modifiquen y a las regulaciones aplicables. l) Intercambio de
datos de todos y asistencia internacional suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
o podrá ser realizado directamente por esta Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las
re que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y
rendido de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados
enrol, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y
se personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud celebran relaciones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. d) A la
la, ya cualquier otra persona jurídica legítimamente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y
tires para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
ENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para
finalidades del tratamiento.

SEBILES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. Sin
o he sido obligado a responderlas, por lo he hecho de manera voluntaria, por lo que manifiesto expresamente que se le da a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los
salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de consentimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el artículo N° 1 del
reiteró la decisión de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, según las normas.

SONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido
podemos.

DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, me reservo los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1381 de 2012. En especial, el derecho a
uso, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

LES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que las responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud
ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el mencionado de esta autorización. En todo caso, los encargados de
los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de lo previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de
del Centro Oriente ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. (Disponible en el N° 1 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 44, e-mail se@subredintegrada.com.co)
e centros de atención telefónica, para la administración de bases de datos que tienen por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo.

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O REGISTRO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐	NO ☒	SE ☐	NO ☒	Subred Integrada de salud centro oriente.	
ACTIVIDAD ECONOMICA DELA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COOP ☒	ART ☐	900954051-7
EXPORTACION ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TELECOMUNICACIONES ☐
OTRA ☐	CIAL ☐				
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CUBA/MONEDERO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diagonal 34 Fs 13		3444484	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL		Auxilio de enfermero		FECHA VINCULACION	01-Ago-2012
F. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS/ARTICULOS	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
G. INFORMACION FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	1'000.000	ACCIONES	—
HONORARIOS	1'516.420	ARRENDOS	—	INVERSIONES	—
ARRENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULO	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PREVIDENTES	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	1'516.420	TOTAL EGRESOS	1'000.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
H. REFERENCIAS PERSONALES:					
F. Si tiene un familiar mayor que 60 años en condición de discapacidad o en edad de la vejez					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Anas		Yenny	Yohana		
DIRECCION	CUIDAD/DEPARTAMENTO/ESTADO	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO E/ O EXTENSIONES/CELULAR		
Carrera 9 N° 32-68 Sur.	Bogota	Mama	3123456785		
I. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE/ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
BBVA	Cuenta Ahorros	390346927	Calle 100	32353945	
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 EXTRANJERA REALIZADAS					
IMPORT ☐	EXPORT ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
J. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DIVERSOS RENDOS					
Quiero declarar la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dondo certifica de que todo lo aquí consignado es cierto, ratifico la siguiente declaración de fuentes de ingreso a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo acordado al respecto en la Circular Externa 01 de 2015 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1996, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".					
1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, sueldo, etc.):					
Auxiliar de Enfermero.					

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

FECHA: 14-NOV-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa 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 enti 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 Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

Anas Amila

TIPO DE IDENTIFICACION: No. IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION: (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION: (A/A/A/M/D/D):

C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ 101841828 Bogotá 14-OCT-2015PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: LUGAR NACIMIENTO: (Ciudad/Municipio): PAIS NACIMIENTO: NACIONALIDAD:

05-10-1989 Aguadas-Caldas Colombia Colombiana

ESTADO CIVIL: PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR:

SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ 0 0 321 772 72 78

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADÉMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNICO ☒ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ CUAL: Auxiliar de Enfermería

DIRECCION RESIDENCIA: CIUDAD RESIDENCIA: DEPARTAMENTO: PAIS RESIDENCIA: TELEFONO RESIDENCIA:

Carera 9 N° 32-60 Sur Bogotá Cundinamarca Colombia 321 772 72 78

CORREO ELECTRONICO: PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA:

camilaanas418@gmail.com PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION: NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION: (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION: (A/A/A/M/D/D):

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 ☐SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA ☒ CUAL: OPSINFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ IVA: SI ☐ NO ☒NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692 8692GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐NO ☒ NO ☒

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

Camila Arias

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA			
1. Fecha	2. Ciudad		
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Estado 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:	



SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

Que a la fecha de expedición de este certificado, CAMILA ARIAS identificado(a) con documento de identidad
CC : 1018498213 se encuentra VIGENTE en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S. en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S.
Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Periodo Cotización	Días Cotizados
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	NI	900412444	ORTHOHAND S A S	2017/12	30
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	NI	900412444	ORTHOHAND S A S	2018/01	29
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	NI	900412444	ORTHOHAND S A S	2018/02	14
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	NI	900799464	PORTAFOLIO INTEGRAL DEL MILENIO SAS	2018/04	30
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	NI	900799464	PORTAFOLIO INTEGRAL DEL MILENIO SAS	2018/05	30
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	NI	900799464	PORTAFOLIO INTEGRAL DEL MILENIO SAS	2018/06	30
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	NI	900799464	PORTAFOLIO INTEGRAL DEL MILENIO SAS	2018/07	1
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	NI	900799464	PORTAFOLIO INTEGRAL DEL MILENIO SAS	2018/07	3
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	NI	900799464	PORTAFOLIO INTEGRAL DEL MILENIO SAS	2018/07	26
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	CC	1018498213	CAMILA ARIAS	2018/08	4
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	CC	1018498213	CAMILA ARIAS	2018/08	26
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	CC	1018498213	CAMILA ARIAS	2018/09	30
CC	1018498213	CAMILA ARIAS	CC	1018498213	CAMILA ARIAS	2018/10	30

En caso de observar alguna inconsistencia en la información aportada, por favor ingrese al portal Web de la EPS SOS en la sección contáctenos, o a través del correo electrónico de serviciocliente@sos.com.co.

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los CATORCE (14) días del mes de DICIEMBRE del año 2018.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A. "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Maria Cristina Perea C

MARIA CRISTINA PEREA

Jefe Nacional de Servicio al Cliente
portal_webusr

CD3 3044664 Dic 14 2018 9:54AM



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CAMILA ARIAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,018,498,213**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SOLID
Por una Vida Mejor

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.018.498.213

Número de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Camila

Primer Nombre

Anas

Primer Apellido

Segundo Nombre

Segundo Apellido

10-OCT-1997

F. Nacimiento dd/mm/aa

Aguadoc-Galdos

Ciudad de Nacimiento

carrera 9 N° 32-68

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

605

EPS - Salud

Parvenir

AFP - Pensiones

\$ 1.515.420

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

camilacinas978@gmail.com

Correo Electrónico

321727278

Celular

Camila Anas.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118626415



WEB

14:32:01

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 de noviembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilitaciones (SIRI), el(la) señor(a) CAMILA ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1018498213:

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 inhabilitaciones 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 inhabilitaciones generadas por sanciones disciplinarias, inhabilitaciones 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. Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos establecidos en la ley o demás disposiciones vigentes. Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

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

ATENCIÓN:

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



**LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA**

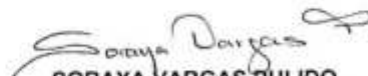
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 29 de noviembre de 2018, a las 19:00:54, el número de identificación, relacionado a continuación, **NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.**

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1018498213
Código de Verificación	1018498213181129190054

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

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página

V

**Personería
de Bogotá, D. C.**



**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2571416**

Bogotá D.C., 30 de Noviembre de 2018 - 14:26 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: **UN MIL DIECIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS TRECE**

1018498213

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_E9117_2614**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:40:43 horas del 30/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 1018498213

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.



Canera 27 N° 38 - 41
(Parque de la Paz) Bogotá DC
Atención administrativa de
lunes a viernes de 8:00 am -
12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al
Ciudadano - Bogotá D.C. (571)
5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910
112
Requerimientos ciudadanos
24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail
lineadirecta@policia.gov.co

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **CAMILA ARIAS**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía** número **1.018.498.213** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 390396927** apertura el **26 de febrero del 2018**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **14** días del mes de **diciembre** del año **2018**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0390396927**

Cuenta de 16 dígitos: **0390000200396927**

Cuenta de 20 dígitos: **00130390000200396927**

Firma autógrafa



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.