Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correpondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado	
900971006	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	2 días de tiempo transcurrido *(16/10/2021 10:41:07 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2 días de tiempo transcurrido *(16/10/2021 10:41:07 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Pendiente	Cancelar
14397707	reinerio olaya peña	2 días de tiempo transcurrido *(16/10/2021 12:55:15 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2 días de tiempo transcurrido *(16/10/2021 12:55:15 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

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 Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 11-may-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, REINERIO OLAYA PEÑA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 14397707 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 42SUR 72H 68 **Teléfonos** 3112759811 564853

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	$ 1.600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 1.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 3.200.000,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	000500072863	kenedy	$ 6.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
codensa	tarjeta de consumo	$ 1.500.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
helena maritza ortz bedolla	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	28551917

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

Reinero Olaya Peña
1032437407

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 11-may-2021

CIUDAD Y FECHA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 18-oct-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
OLAYA	PEÑA	REINERIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 14397707

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 14397707 D.M baflim 8

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES MAR AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Ibagué

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 42SUR 72H 68

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 564853

EMAIL pope032083@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO bachiller académico con capacitación
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2001
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
tecnico laboral por competencias en auxiliar de	campoalto	2018	1800

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 18-oct-2021

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*
instituto distrital de ciencia y biotecnología e innovación e salud		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.idcbis.org.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3649620	DIA 3 MES 10 AÑO 2018	DIA 31 MES 3 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar de enfermería	banco de sangre extramural	Cra. 32 #12 - 81, Bogotá, Cundinamarca

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*
Privada	2	5
Pública	0	0
Total	2	5

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 18-oct-2021

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).

Bogotá D.C. - 18-oct-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Reinero Ochoa Peña

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL**	CÓDIGO: AP-TH-F-67-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA:1 DE 1
		FECHA: 26/11/2018

Fecha: DD/MM/AAAA

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

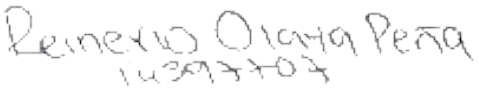
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) _____REINERIO OLAYA PEÑA_____, identificado(a) con documento de identidad No _____14397707_____, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) _____NINGUNA_____ y/o autoriza la afiliación a la ARL _____.

Atentamente,



_____

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: _____REINERIO OLAYA PEÑA_____

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____14397707_____

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 180094237

WEB
23:35:07

Bogotá DC, 16 de octubre del 2021

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) REINERIO OLAYA PEÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 14397707:

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

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 CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 16 de octubre de 2021, a las 23:44:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	14397707
Código de Verificación	14397707211016234425

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

GUARDIANES de tus DERECHOS
Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 5123871

Bogotá D.C., 17 de Octubre de 2021 - 0:10 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) **REINERIO OLAYA PEÑA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CATORCE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SIETE** de IBAGUE

14397707

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.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
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: 10_HK8Z_100
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Colegio Cooperativo "Los Andes"

Jornada Nocturna

IBAGUE

Resolución No. 0865 del 12 de Junio de 2000

Acta Individual de Graduación

En Ibagué, el día 1o. del mes de Diciembre de 2001, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de undécimo grado del Nivel de Educación Media, la Rectora y Secretaria habilitada del Colegio Cooperativo "LOS ANDES" Institución autorizada por la Secretaría de Educación y de la Juventud del Tolima. Según Resolución de reconocimiento de estudios No. 0865 del 12 de Junio de 2000. Para otorgar el Título de:

Bachiller Académico Con Capacitación Empresarial

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Reinerio Olaya Peña

Identificado(a) con C.C. No. 14.397.707 de Ibagué

Es fiel copia tomada del Libro de Actas Generales de Grado Folio No. 29 Acta No. 008 del 1o. de Diciembre de 2001 que consta de 33 Estudiantes.

Para constancia se firma en Ibagué, el día 1o. del mes de Diciembre de 2001.

Helda Plazas de Hernández
C.C. 28.512.658 de Ibagué
Rectora

Gloria Amparo Núñez de Martínez
C.C. 38.216.959 de Ibagué
Secretaria

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:53:06 PM horas del 16/10/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **14397707**
Apellidos y Nombres: **OLAYA PEÑA REINERIO**

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.

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

CODIGO DE VERIFICACION 1130

CERTIFICA QUE:

REINERIO OLAYA PEÑA

C.C. 14.397.707

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) **TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO** con una intensidad horaria de cuarenta (**40**) horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

Academia de Capacitaciones

NIT. 1.110.543.709-3

BOGOTÁ D.C. 08 DE ABRIL DE 2020

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 GERENCIA

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 DIRECCIÓN

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 78 B # 39A-45 SUR PISO 3 OFICINA 300 KENNEDY CENTRAL
: 3508026259-3505618740-3222354745
angdelasalud@hotmail.com
DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.com.co

VIGENCIA ABRIL 2022

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 17/10/2021 01:01:18 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **14397707** y Nombre: **REINERIO OLAYA PEÑA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **26525903** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Información ::.. 5159000
Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112
www.policia.gov.co

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE SALUD

Resolución No **10245** *de* **27/08/2018**

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) OLAYA PEÑA REINERIO Identificado(a) con CC número 14397707 expedida en IBAGUE. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por CAMPO ALTO ACESALUD S.A. el día 14/07/2018.
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 OLAYA PEÑA REINERIO identificado(a) con CC número 14397707 expedida en IBAGUE. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **27/08/2018**

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Reviso :Sebastián Quiroz L.
Elaboro :Víctor Sánchez

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____
Firma

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

ISO 9001 icontec

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	14397707	REINERIO		OLAYA	PEÑA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) REINERIO OLAYA PEÑA identificado(a) con CC 14397707 registra La siguiente información:

2021-10-16→2:37:19 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2018-08-27	10245	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).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14728016863

(415)7707212489984(8020) 000001472801686 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 4 3 9 7 7 0 7	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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	1 4 3 9 7 7 0 7	2 0 0 1 0 4 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OLAYA	PEÑA	REINERIO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 42 SUR 72 H 68

42. Correo electrónico: reinerio83@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 1 3 5 8 8 0	3 1 1 2 7 5 9 8 1 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 8 1 0 0 1						5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2020 - 12 - 17 / 08 : 15: 43

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre VARGAS CUELLAR DIANA CAROLINA
985. Cargo Analista V

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CODIGO DE VERIFICACION 1129

CERTIFICA QUE:

REINERIO OLAYA PEÑA

C.C. 14.397.707

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) **ATENCION A PACIENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL** con una intensidad horaria de cuarenta (**40**) horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C. 07 DE ABRIL DE 2020

Academia de Capacitaciones

NIT. 1.110.543.709-3

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 GERENCIA

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 DIRECCIÓN

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 78 B # 39A-45 SUR PISO 3 OFICINA 300 KENNEDY CENTRAL
: 3508026259-3505618740-3222354745
angdelasalud@hotmail.com
DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.com.co

VIGENCIA ABRIL 2022

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO PRECONTRACTUAL**	CÓDIGO:AP-CT-F-54-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/10/2019

Bogotá

Señores
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Ciudad.

Yo REINERIO OLAYA PEÑA, con CC (X) o C E ( ) y Nro. 14397707 de IBAGUE **CERTIFICO** que me encuentro vinculado y realizando los aportes al sistema de seguridad social en salud a las siguientes administradoras (EPS, AFP y ARL):

EPS: SURA

AFP: PROTECCION

ARL: NINGUNA

Así mismo a subir y/o entregar la documentación requerida por parte de la dirección de contratación para la respectiva suscripción del contrato en la plataforma del SECOP II o en físico si a ello hubiere lugar. Motivo por el cual bajo la gravedad del juramento doy fe de la veracidad de los mismos, autorizando a la Subred Norte para que en cualquier momento pueda si así lo estima pertinente solicitar la autenticidad de ellos ante las entidades pertinentes.

Que me comprometo a realizar la aprobación del contrato de prestación de servicios y modificaciones contractuales; (Adición, Prorroga, Suspensiones y/o terminaciones, entre otras) dentro del día (1) día hábil siguiente en que figuren en plataforma del SECOP II y/o en físico si a ello hubiere lugar, para que pueda autorizarse y certificarse por el supervisor, el respectivo pago de honorarios so pena de incumplimiento contractual.

Atentamente,

Nombre: REINERIO OLAYA PEÑA
Documento: 14397707
Fecha: 17/10/2021
Firma: Reinerio Olaya Peña

Calle 66 # 15-41
dircontratacion@subrednorte.gov.co
Tel.:4431790Ext.1036
Nit: 900971006-4

CODIGO DE VERIFICACION 1269

CERTIFICA QUE:

REINERIO OLAYA PEÑA

C.C. 14.397.707

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) **VACUNACION** con una intensidad horaria de cuarenta (**40**) horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

Academia de Capacitaciones

NIT. 1.110.543.709-3

BOGOTÁ D.C. 29 DE ABRIL DE 2020

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 GERENCIA

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 DIRECCIÓN

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 78 B # 39A-45 SUR PISO 3 OFICINA 300 KENNEDY CENTRAL
Y : 3508026259-3505618740-3222354745
angdelasalud@hotmail.com
DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.com.co
VIGENCIA ABRIL 2022

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **17/10/2021**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor REINERIO OLAYA PENA** con **Cédula de Ciudadanía** número **14397707**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550000500072863**
Fecha de apertura	**16/06/2010**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 03 de febrero de 2021 11:51 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	14397707
Nombres y Apellidos	REINERO OLAYA PEÑA		
Fecha de nacimiento:	20/03/1983		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis	18/06/2020	Serum	1489T003	CAMI 17 TRINIDAD GALAN
	Segunda dosis	18/06/2020	Serum	1489T003	CAMI 17 TRINIDAD GALAN
	Tercera dosis	25/06/2020	Serum	1489T003	CAMI 17 TRINIDAD GALAN
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	24/01/2016	Fiebre Amarilla	L5329	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
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	18/03/2017	Hepavax Gene	1434028	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Segunda dosis	22/04/2017	Hepavax Gene	1434028	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Tercera dosis	16/12/2020	Engerix B Adultos	AHBVC877AB	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 26
Influenza	Única	20/05/2020	GC FLU	V50220001	GRUPO EXTRAMURAL - MARTIRES
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 03 de febrero de 2021 11:51 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	14397707
Nombres y Apellidos	REINERO OLAYA PEÑA		
Fecha de nacimiento:	20/03/1983		

Sarampión y Rubéola	Adicional				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis	25/01/2016	Tetanol Pur	4093t	IPS DARSALUD
	Segunda dosis	18/12/2017	Vacuna Antitetánica	704T - 30 MAYO 2020	IPS DARSALUD
	Tercera dosis	26/09/2018	Vacuna Antitetánica	220800117E	IPS DARSALUD
	Cuarta dosis	18/06/2020	Tetavax	220800619B	IPS DARSALUD
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	26/09/2018	Triple Viral	A69CE718A	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR KENNEDY
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Impreso con Software Globho www.globho.com Producto/Servicio de Grafosoft SAS Nit. 901084328

Cima IPS OCUPACIONAL
Celular. 301 547 3361
KR 77 # 33 A 06 SUR - KENEDY
Arptempor@gmail.com

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900889250

CERTIFICADO APTITUD LABORAL

Datos Generales **Historia No.** 482.858 **Fecha**: 2021-10-16 11:54

Documento: CC **14397707** **Fecha Nacimiento: 20/03/1983** **Genero:** M **Edad:** 38 Años 7 Meses 27 Dias
Nombres: **REINERO OYALA PEÑA**
Telefono: **Regimen:** Particular
Direccion: BOGOTA **Ciudad:** BOGOTA D.C
Entidad: **Particular**

Servicio: EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL

Concepto

APTO PARA DESEMPEÑAR SU LABOR SIN ALTERACION DE SALUD EVIDENTE.
EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

* VISIOMETRIA
* AUDIOMETRIA
* EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL.

Recomendacion

1. CAPACITACION EN EJECUCION SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP).
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCION AMBENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE,
8. DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDEMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE.

Observaciones

DIAGNOSTICO
- SOBREPESO

RECOMENDACIONES
DIETA RICA EN FRUTAS Y VEGETALES
-REALIZAR EJERCICIOS FISICOS 30 MINUTOS AL DIA
-DISMINUIR LA INGESTION DE ALIMENTOS FRITOS, DULCES, PASTAS Y HARINAS
-SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTAS DE LA EPS A PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN
-VALORAR POR MEDICINA GENERAL DE LA EPS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

FIRMA PACIENTE: _____

Dra. Alix Johana Rojas
Médico Especialista
En Salud Ocupacional
Lic. 4951

Profesional ALIX JOHANA ROJAS RUIZ
Registro 0000 **Especialidad** .Otro MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DEL INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD – IDCBIS.

CERTIFICA

Que **REINERIO OLAYA PEÑA**, identificado con cédula de ciudadanía número 14.397.707, presta sus servicios como auxiliar de enfermería mediante **LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** cuyas condiciones se enuncian a continuación:

N° DE CONTRATO	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	HONORARIOS
CPS-0329-2018	Prestar servicios asistenciales en el banco de sangre para el desarrollo de actividades relacionadas con la colecta de sangre	**2/10/2018**	**31/12/2018**	$1.420.000

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS:

1. Recepcionar a los donantes potenciales de sangre.
2. Marcar los insumos del donante, previo a la donación, como esta estandarizado en el proceso.
3. Realizar la determinación de hemoglobina al donante potencial de sangre, según proceso estandarizado.
4. Realizar los procedimientos de extracción de sangre a los donantes de acuerdo a los procesos estandarizados del banco de sangre.
5. Dar la información pertinente al donante acerca de los cuidados que se deben tener después de la donación.
6. Verificar la correcta identificación de las muestras y unidades colectadas antes de su procesamiento.
7. Asistir al profesional operativo de colecta con las reacciones adversas a la donación de sangre; con la toma de signos vitales y administración de líquidos intravenosos.
8. Realizar la limpieza y desinfección de los equipos biomédicos usados en el área de colecta cumpliendo los lineamientos institucionales.
9. Realizar actividades de promoción de la donación de sangre acordes con los lineamientos del IDCBIS en las diferentes instituciones donde se realiza jornada de donación.
10. Sensibilizar a los donantes potenciales educándolos en temas de donación de sangre y/o aféresis en las instituciones donde se realiza jornada de donación.
11. Revisar los botiquines de Reacciones Adversas a la donación de sangre total y aféresis, el material de apoyo y los elementos de limpieza y desinfección que se manejan en la colecta, teniendo en cuenta cantidades, fecha de vencimiento y correcta rotulación, dejando los elementos listos para su uso.
12. Revisar la programación diaria de jornadas para verificar el lugar de colecta donde le corresponde ejercer sus actividades.
13. Apoyar las actividades del área de colecta según requerimiento.
14. Participar en reuniones, comités o eventos internos y externos relacionados con las actividades del cargo.
15. Participar en las capacitaciones que se realicen relacionadas con el área.
16. Participar en la validación de nuevas tecnologías y métodos analíticos propios del área e informar los resultados obtenidos.
17. Participar activamente en el proceso de inducción a los contratistas que ingresan por primera vez.
18. Las demás que se requieran para el buen cumplimiento del objeto contractual.

N° DE CONTRATO	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	HONORARIOS
CPS-0047-2019	Prestar servicios asistenciales en el banco de sangre para el desarrollo de actividades operativas relacionadas con la colecta de la misma como producto de la cultura altruista de la donación voluntaria de componentes biológicos de sangre, tejidos y células.	**2/01/2019**	**31/12/2019**	$1.420.000

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS:

1. Recibir a los donantes potenciales de sangre.

2. Marcar e identificar con código de barras los insumos del donante siguiendo los procedimientos establecidos.
3. Realizar la determinación de hemoglobina al donante potencial de sangre, según proceso estandarizado.
4. Realizar el procedimiento de extracción de sangre a los donantes de acuerdo a los procesos estandarizados del banco de sangre.
5. Dar la información pertinente al donante acerca de los cuidados que se deben tener después de la donación.
6. Verificar la correcta identificación de los tubos, bolsas de sangre y documentación del donante.
7. Asistir al profesional de colecta con las reacciones adversas a la donación de sangre, toma de signos vitales y administración de líquidos intravenosos.
8. Realizar la limpieza y desinfección de los equipos biomédicos usados en el área de colecta cumpliendo los lineamientos institucionales.
9. Realizar actividades de promoción de la donación de sangre acordes con los lineamientos del IDCBIS en las diferentes instituciones donde se realiza jornada de donación.
10. Sensibilizar a los donantes potenciales educándolos en temas de donación de sangre y/o aféresis en las instituciones donde se realiza jornada de donación.
11. Revisar los botiquines de Reacciones Adversas a la donación de sangre total y aféresis y los elementos de limpieza y desinfección que se manejan en la colecta, teniendo en cuenta cantidades, fecha de vencimiento y correcta rotulación, dejando los elementos listos para su uso.
12. Revisar la programación de jornadas para verificar el lugar de colecta donde le corresponde ejercer sus actividades.
13. Participar en reuniones, comités o eventos internos y externos relacionados con las actividades del contrato.
14. Participar en las capacitaciones que se realicen relacionadas con el área.
15. Participar en la validación de nuevas tecnologías y métodos analíticos propios del área e informar los resultados obtenidos.
16. Participar activamente en el proceso de inducción a los nuevos colaboradores del IDCBIS.
17. Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor.

N° DE CONTRATO	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	HONORARIOS
CPS-0061-2020	Prestar servicios técnicos en el banco de sangre para el desarrollo de actividades operativas relacionadas con la colecta de la misma como producto de la cultura altruista de la donación voluntaria de componentes biológicos de sangre, tejidos y células.	**2/01/2020**	**31/10/2020**	$1.600.000

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS:

1. Recibir a los donantes potenciales de sangre.
2. Marcar e identificar con código de barras los insumos del donante siguiendo los procedimientos establecidos.
3. Realizar la determinación de hemoglobina al donante potencial de sangre, según proceso estandarizado.
4. Realizar el procedimiento de extracción de sangre a los donantes de acuerdo a los procesos estandarizados del banco de sangre.
5. Dar la información pertinente al donante acerca de los cuidados que se deben tener después de la donación.
6. Verificar la correcta identificación de los tubos, bolsas de sangre y documentación del donante.
7. Asistir al profesional de colecta con las reacciones adversas a la donación de sangre, toma de signos vitales y administración de líquidos intravenosos.
8. Realizar la limpieza y desinfección de los equipos biomédicos usados en el área de colecta cumpliendo los lineamientos institucionales.
9. Realizar actividades de promoción de la donación de sangre acordes con los lineamientos del IDCBIS en las diferentes instituciones donde se realiza jornada de donación.
10. Sensibilizar a los donantes potenciales educándolos en temas de donación de sangre y/o aféresis en las instituciones donde se realiza jornada de donación.
11. Revisar los botiquines de Reacciones Adversas a la donación de sangre total y aféresis y los elementos de limpieza y desinfección que se manejan en la colecta, teniendo en cuenta cantidades, fecha de vencimiento y correcta rotulación, dejando los elementos listos para su uso.
12. Revisar la programación de jornadas para verificar el lugar de colecta donde le corresponde ejercer sus actividades.
13. Participar en reuniones, comités o eventos internos y externos relacionados con las actividades del contrato.
14. Participar en las capacitaciones que se realicen relacionadas con el Banco de Sangre.
15. Participar en la validación de nuevas tecnologías y métodos analíticos propios del área e informar los resultados obtenidos.
16. Participar activamente en el proceso de inducción a los nuevos colaboradores del IDCBIS.
17. Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor.

N° DE CONTRATO	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	HONORARIOS
CPS-0006-2021	Prestar servicios técnicos en el Banco de Sangre para el desarrollo de actividades operativas relacionadas con la colecta de la misma como producto de la cultura altruista de la donación voluntaria de componentes biológicos de sangre, tejidos y células.	4/01/2021	31/03/2021	$1.600.000

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS:

1. Marcar e identificar con código de barras los insumos del donante siguiendo los procedimientos establecidos.
2. Realizar la determinación de hemoglobina al donante potencial de sangre, según proceso estandarizado.
3. Realizar el procedimiento de extracción de sangre a los donantes de acuerdo a los procesas estandarizados del banco de sangre.
4. Dar la información pertinente al donante acerca de los cuidados que se deben tener después de la donación.
5. Verificar la correcta identificación de los tubos, bolsas de sangre y documentación del donante.
6. Asistir al profesional de colecta con las reacciones adversas de la donación de sangre, toma de signos vitales y administración de líquidos intravenosos.
7. Realizar la limpieza y desinfección de !os equipos biomédicos usados en el grupo de colecta cumpliendo los lineamientos institucionales.
8. Realizar actividades de promoción de la donación de sangre acordes con los lineamientos del IDCBIS en las diferentes instituciones donde se realiza jornada de donación.
9. Participar en reuniones, comités o eventos internos y externos relacionados con las actividades del contrato.
10. Participar en las capacitaciones que se realicen relacionadas con el grupo.
11. Participar activamente en el proceso de inducción a los nuevos colaboradores del IDCBIS.
12. Cumplir con todas las normas de bioseguridad y calidad en todas las actividades, asumiendo su responsabilidad y riesgo por el buen uso y manejo de los elementos de protección personal y cumplimiento de los procedimientos seguros.
13. Cumplir las demás actividades relacionadas con e! objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor.

Dada en la ciudad de Bogotá, a los veintinueve (29) días del mes de abril de dos mil veintiuno (2021).

BERNARDO CAMACHO RODRÍGUEZ M.D. MSc, Mg CTI
Director.
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud - IDCBIS.

Elaboró:	Mauricio R.
Revisó y Aprobó	Yibeth Rincón Salazar –Abogada Grupo de Contratación

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.397.707
OLAYA PEÑA

APELLIDOS
REINERIO

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1983
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-ABR-2001 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-0001721-M-0014397707-20080624 0000820580A 1 1430016583

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **REINERIO OLAYA PEÑA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **14397707** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 14397707
NOMBRES Y APELLIDOS	REINERIO OLAYA PEÑA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	18/01/2013
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	360
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **17/10/2021**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OLAYA PEÑA REINERIO** identificado(a) con **CC** número **14.397.707** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de junio de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de octubre de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2021101706414

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-24-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019

FECHA:	18/10 2021	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Bogota

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

PROVEEDOR [ ] PARTICULAR [ ] CONTRATISTA OPS [x] SERVIDOR PUBLICO [ ] OTRO [ ] CUAL:

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
Reinerio		Olaya	Peña

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. [x] R.C. [ ] C.E. [ ] NUIP [ ] PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL: _____	14397707	Ibague	9/04/2001

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [x] NO [ ]

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1983-03-20	Ibague	Colombia	Colombino

ESTADO CIVIL	PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) [ ] CASADO(A) [x] DIVORCIADO(A) [ ] VIUDO(A) [ ] UNIÓN LIBRE [ ]	2	3	3112759811

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA	PROFESIÓN/ OFICIO
MAGISTER [ ] POSGRADO [ ] UNIVERSITARIO [ ] BACHILLER [ ] PRIMARIA [ ] TECNÓLOGO [ ] TÉCNICO [x] OTRO [ ] CUAL:	

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA
calle 42sur #72h-68	Bogota	Bogota	Colombia	

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
reinerio83@hotmail.com		PROPIA [ ] FAMILIAR [ ] ARRENDADA [X]

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX

3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ortiz	Bedoya	Helena	Maritza

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. [X] R.C. [ ] C.E. [ ] NUIP [ ] PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL: _____	28551917	Ibague	

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [ ] NO [ ] NACIONALIDAD:

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)

SOCIO [ ] PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ] HOGAR [ ] CONTRATISTA [X] EMPLEADO SOCIO [ ] COMERCIANTE [ ]

EMPLEADO PUBLICO [ ] PENSIONADO [ ] ASALARIADO [ ] ESTUDIANTE [ ] OTRO [ ] CUAL:

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:						CÓDIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONÓMICA	
	DECLARA RENTA	SI [ ] NO [X]	IVA	SI [ ] NO [ ]		PRINCIPAL: 86991	SECUNDARIA
			ICA				
	GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [ ]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ] NO [ ]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [ ]	

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	NUMERO DE NIT
GOBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] ENERGÉTICA [ ] COMERCIAL [ ] EXPORTACIONES [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] MEDICAMENTOS [ ] ALIMENTOS [ ] AGRÍCOLA [ ] TECNOLOGÍA [ ] OTRA [ ] CUAL _____	

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
CARGO ACTUAL			FECHA VINCULACIÓN	

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES	EGRESOS MENSUALES	ACTIVOS	PASIVOS

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-24-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019

SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS		DEUDA VEHÍCULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 0**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 0**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

7. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Romero	Ortiz	Erika	
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS**	**TIPO RELACIÓN**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR**
calle 40# 6-83	Ibague	Amigos	3003195944

8. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Davivienda	Tarjeta de credito		Kennedy	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: **SI** [ ] **NO** [X]

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

PAGO SERVICIOS		EXPORTACIÓN		TRANSFERENCIAS		IMPORTACIÓN		PRESTAMOS		OTRA		CUAL:

OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente, conforme a lo establecido en la Circular Externa No 009 de 2016, Numeral 5.2.2.2.2.1, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio y forma parte de las Políticas, enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE 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 y/o elementos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

_____

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 NORTE 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 NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, 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 NORTE 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 NORTE ESE.

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.
2. Profesional Independiente: Declaración de renta si es declarante.
3. Contratistas por OPS:
4.1. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
4.2. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
4.3.Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
4.4.Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
4.5.Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

12. CONSIDERACIONES

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-24-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

12.1. AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) 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. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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 LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte 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 Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80 , e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co).y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

13. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES.

Reinerio Ochoa Pena

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Reinaldo

Apellidos: Olaya Perra

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: ☐

No. 14397709

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 03 Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	11/04/21	Pfizer	EW3340	Cuidarte	Adriana Acosta	1044351170
	2	02/05/21	pfizer	ER 9449	Cuidarte Tu Salud sos	Karen M. Palacios Vergara C.C. Nº 1019065386 Auxiliar de Enfermería	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

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

Fecha:16/10/2021

CONTRIBUYENTE	C.C. 14397707	REINERIO OLAYA PEÑA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 42 SUR 72H 68 BRR URAPANES Teléfonos: 3112759811

Dirección electrónica: reinerio83@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 01/10/2018 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

ISO 9001 SGS CO18/8129

FECHA: _18_/_10_/_2021_

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Ciudad

Asunto: Aceptación de condiciones del perfil para contrato de prestación de servicios

Mediante la presente me permito confirmar que he sido notificado de las condiciones contractuales que conlleva el perfil de *indicar el perfil,* para el servicio de *indicar el servicio al cual se está postulando* como lo son: tipo de contrato, honorarios, obligaciones y condiciones de ejecución, así como las consecuencias de su incumplimiento.

Frente a lo cual manifiesto mi interés y aceptación, por ende, me comprometo a ejercer y cumplir a cabalidad con lo indicado en el proceso de vinculación.

Agradezco su confianza

Cordialmente,

Nombre: Reinerio Olaya Peña

Firma: Reinerio Olaya Peña

Identificación: 14397707

Celular: 3112759811

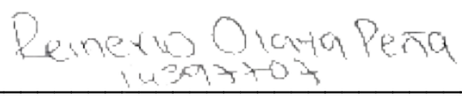
“AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”

PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Yo, ***Reinerio Olaya Peña***, identificado(a) con C.C _X_ T.I __ C.E __ número ***14397707*** , en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, sobre la protección de datos personales, en calidad de aspirante autorizo expresamente a la **Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E;** para recolectar, almacenar, consultar, procesar, actualizar, trasmitir, compartir, transferir y a dar tratamiento a la información personal indispensable que haya suministrado para adelantar el proceso verificación y/o vinculación del cual hago parte para la contratación por prestación de servicios con la entidad.

En caso de no ser seleccionado, y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, sobre la protección de datos personales podré solicitar la eliminación de los datos que hayan sido almacenados en los archivos de la **Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E,** y/o en caso contrario, éstos se conservarán en la base de datos de la entidad.

En constancia de lo anterior se firma en ***Bogota*** a los, *18/10/2021* en señal de aceptación.

Firma: 

Nombre: Reinerio Olaya Peña

Identificación: 14397707

Correo: reinerio83@hotmail.com

N° Contacto: 3112759811

Programas Técnicos Laborales
CAMPOALTO
Inspiramos tu Futuro

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

CAMPOALTO

Confiere a:

OLAYA PEÑA REINERIO
14397707

El Certificado de Aptitud Ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA

Intensidad Horaria: 1800 horas – 38 créditos académicos

RECTOR **VICERRECTOR(A)**

Anotado en el Folio No. 1593 del Libro No. 9 de registro 23030

En Constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá a los 14 días del mes de Julio de 2018

Aprobación oficial según
Resolución No. 110008 del 12 de Enero de 2018 de la Secretaria de Educación Distrital - Resolución No. 08-301 del 14 de Diciembre de 2016 de la Secretaria de Educación Distrital – Resolución No. 07-0856 del 12 de Agosto de 2014 de la Secretaria de Educación Distrital - Resolución No. 01-0058 del 4 de Junio de 2015 de la Secretaria de Educación Distrital - Resolución No. 18-095 del 8 de Octubre de 2013 de la Secretaria de Educación Distrital - Resolución No. 030026 del 17 de Noviembre de 2015 de la Secretaria de Educación Distrital.