


Es seguro | https://www.seccp.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=6d9f1f07_bb3f_4eed_909d_d7bb502e9428.7d21a88...
Colombia Compra Eficiente
UTC -5 7:42:57
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE.
CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE con el NIT 1019016778 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Chat en línea

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 24-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CLAUDIA	YANETH	SIACHOQUE DUARTE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1019016778

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES JUL AÑO 1987

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Gúicán De La Sierra

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 106b-143-05

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6831590

EMAIL clauduarte44@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2004
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	2	X		ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD	8	2016	1019016778
UN	8	X		ENFERMERO (A)	7	2014	1019016778

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 24-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE CHAPINERO	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3499080	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 5 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: CALLE 66 #15-51	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA LOS NOGALES	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 5937071	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 8 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 9 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: CALLE 93-#23-61	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: PROSEGUIR IPS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2855492	*FECHA DE INGRESO*: DIA 12 MES 9 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 1 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: CRONICOS VENTILADOS	*DIRECCIÓN*: CALLE 32 #15-31	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	1	7
PRIVADO	2	4

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 24-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

cc 1019016778 bté

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 25-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1019016778 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cra 106b-143-05 **Teléfonos** 3125172160 6831590

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GRACIELA DUARTE DE SIACHOQUE	23636136	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ⓧ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 2.500.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 234.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 250.000,00
ARRIENDOS	$ 500.000,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 3.484.000,00

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 DE BOGOTA	CORRIENTE	0388260929	CASTELLANA	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
GRACIELA DUARTE	PRESTAMO	$ 10.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
NINGUNA	NINGUNA

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 25-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica [illegible]

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

El Establecimiento autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que

Claudia Yaneth Siachoque Duarte

C.C. No. 1.019.016.778 de Bogotá D.C.

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

Enfermera

En testimonio de lo cual se expide el presente diploma en [illegible]

Bogotá, D.C. [illegible]

Rector

Secretaria General

Folio 1 Libro 193 Registro 41296 Fecha: 25 de [illegible] de 2014

República de Colombia

Personería Jurídica Res 22215 Mineducación Dic 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE

C.C. No. 1.019.016.778 de Bogotá D.C.

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

ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

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

Bogotá D.C., 26 de agosto de 2016

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 9 Folio 9 Registro 48114 Fecha: 25 de agosto de 2016

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 678

En Bogotá D.C., el 25 de julio de 2014 a las 11:30 horas, convocados por Resolución Nacional 077 del 22 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Jaime Alberto Castro Díaz y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE** con cédula de ciudadanía Número 1019016778 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 7, Folio 193, número 40296

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JAIME ALBERTO CASTRO DÍAZ, Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 25 de julio de 2014.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA SECRETARIA GENERAL

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-93

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 780

En Bogotá D.C., el 26 de agosto de 2016 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 104 del 23 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora Tatiana Marcela Alarcón Parra, para presidir la ceremonia de grado de **CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE** con cédula de ciudadanía número 1019016778 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el titulo de **ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 006 del 15 de abril de 1996. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 9, número 48114.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
TATIANA MARCELA ALARCÓN PARRA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 26 de agosto de 2016.

Tatiana Marcela Alarcón Parra
Secretaria General (E)

HOMI
Fundación Hospital de la Misericordia

HOMI, Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia
Certifica que

Claudia Yaneth Siachoque Duarte

Cursó y aprobó el módulo de:

Servicio al Cliente

octubre 23, 2017

Pacla Helena Pulido Bautista
Gerente de talento Humano

Lina Maria Gamboa Barberi
Líder De Atención al Usuario

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Y

EL PROGRAMA DE ENFERMERIA

Certifican que:

CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE

Identificada con cédula de ciudadania No. 1.019 016.778
Asistió a la XVII Jornada de Actualización en Terapia Farmacológica.
Realizada el día 7 de septiembre de 2011, con una intensidad de 8 horas

Liliana Buenahora Tolar
Directora

Angela Susana Hernández Posada
Subdirectora

hospital chapinero
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Certifica que:

Claudia Siachoque Duarte

Asistió al

«ENTRENAMIENTO PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN TOMA, RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, EMBALAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO»

Realizado en Bogotá D.C., durante los días 22, 29 de Octubre, 5 de Noviembre de 2014 en su fase teórica y 12 de Noviembre de 2014, en su fase práctica, con una Intensidad horaria de 10 horas

Dr. JORGE ARTURO SUÁREZ SUÁREZ
Gerente Hospital Chapinero E.S.E.

Dra. MARTHA HELENA MEDINA ÁNGEL
Subgerente de Servicios de Salud

Dr. JOHN FREDDY MORALES SABOGAL
Profesional Área de la Salud

KUANSALUD SAS
SALUD Y SERVICIO

LA SECRETARIA DE SALUD DE FACATATIVA Y KUASALUD SAS

Certifican que:

CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE

Participo en la Jornada

ACTUALIZACION
"MANEJO DEL PACIENTE CRÍTICO EN URGENCIAS"

Noviembre 2 y 3 de 2012

todos somos Facatativa

Carlos Casasbuenas Castillo
Secretario de Salud Facatativa

Fredy Kuan Casas
Gerente KUANSALUD SAS

Secretaría de SALUD

Bogotá D.C

Señores:

Fonducion Universitario del area andino FUAA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Yineth Sachaqua Ovate 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:

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1019016778 Bta

Tarjeta profesional No: 1019016778

Dirección de contacto: Cra 106B # 143-05

Teléfono: 3133683368

Los Nogales
Clínica

NIT 900 291.018-4

LA COORDINACIÓN DE GESTIÓN HUMANA DE CLINICA LOS NOGALES S.A.S.

CERTIFICA:

Que **SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH** identificado con cédula de ciudadanía número **1019016778** labora en Clínica Los Nogales S.A.S., mediante contrato de trabajo a Término Indefinido, desde el día **15 DE SEPTIEMBRE DE 2015,** desempeñando el cargo de **ENFERMERO (A) JEFE AUDITOR DE CUENTAS,** con una remuneración mensual que se encuentra distribuida en los siguientes términos:

1. Un salario básico equivalente a la suma de: DOS MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Pesos M/cte. ($ 2.311.650).

2. Una remuneración a título de beneficio no constitutivo de salario equivalente a la suma de: CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Pesos M/cte. ($ 473.470).

La presente se expide en Bogotá, D.C. A los Once (11) días del mes de Agosto del año Dos Mil Diecisiete (2017).

MARIA PAZ AZULA GRANADA
Directora General
Clinica Los Nogales S.A.S.
Calle 95 No. 23-61
Tel. 5937000 Ext: 1609

dmm16

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Área Andina

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Yaneth Siachoque Duarte 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:

Enfermera

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1.1019.016.778 de Bogotá.

Tarjeta profesional No: 40765

Dirección de contacto: Cra 106B #143-05

Teléfono: 6890708-3133683368

PRO SEGUIR

Asociación de Amigos contra el Cáncer

Entidad sin ánimo de Lucro

CERTIFICACIÓN CONTRATO A TERMINO INDEFINIDO

La **ASOCIACIÓN DE AMIGOS CONTRA EL CÁNCER - PROSEGUIR.**, identificada con NIT. 830.090.073-3, entidad privada sin ánimo de lucro, en calidad de Institución Prestadora de Servicios de Salud, debidamente habilitada ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para prestar servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios de atención integral y manejo interdisciplinario del dolor agudo, crónico y cuidados paliativos institucionales y/o domiciliarios,

C E R T I F I C A:

Que la señorita **CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 101916778 de Bogotá DC, presta sus servicios como profesional dependiente mediante un Contrato de Prestación de Servicios con la Asociación de Amigos Contra el Cáncer Proseguir, identificada con NIT. 830.090.073-3, en el **Área de Enfermería en Servicio Hospitalario como Jefe de Enfermería en Servicio Hospitalario,** desde el día **Septiembre 12 de 2014 hasta la fecha,** con unos **honorarios** de **UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.900.000,oo).**

Para Constancia, se firma en Bogotá DC, a los **veintiocho (28)** días del mes de **Agosto de 2015.**

GERENCIA
PROSEGUIR

Yenni Andrea Chaves

YENNI ANDREA CHAVES
Gerente Administrativa.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.016.778

SIACHOQUE DUARTE
APELLIDOS

CLAUDIA YANETH
NOMBRES

Claudia Siachoque
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1987
GUICAN
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-AGO-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500111-47140911-F-1019016778-20051102 03133 053098 02 203415365

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14340274471

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 9 0 1 6 7 7 8 — 6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 3 2

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 1 9 0 1 6 7 7 8	2 0 0 5 0 8 0 1

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SIACHOQUE	DUARTE	CLAUDIA	YANETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial: — 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 106 B 143 05 BRR LOMBARDIA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
cladiaaaa@hotmail.com		3 1 3 3 6 8 3 3 6 8	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 0 8 0 7 2 1	8 6 9 2	2 0 1 3 1 0 1 9					

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	1	2																								

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Octogonos 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: 1 — 61. Fecha: 2 0 1 5 0 5 3 0

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: TALERO ARANGUREN IRMA NELLY
985. Cargo: Analista V

Fecha generación documento PDF: 02-09-2017 10:28:53AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 01-06-2017
Hora: 7:54:13 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1019016778-1 CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE

Información General
Dirección CRA 106 B 143 05 BRR LOMBARDIA

Teléfonos 3133683368
Dirección electrónica clauliaae@hotmail.com

Fax

Información de Registro
Fecha Inscripción 01/06/2015
Soporte Inscripción 16701851
Fecha Inicio Actividades 01/06/2015
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario
Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 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 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CLAUDIA YANETH
SIACHOQUE DUARTE
C C. 1019016778-

ENFERMERO(A)

Expedicion 26/09/2014

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No **8912** *de* **20/08/2014**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH Identificado(a) con CC número 1019016778 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 25/07/2014, acta de grado Nro. 678, Diploma Nro. 40296 y registrado en el libro 7 Folio 193 año 2014.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 274 del 09 de diciembre de 2011 y 566 de 16 del marzo de 2012, del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 22/07/2014.

Que el(la) señor(a)SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH identificado(a) con CC número 1019016778 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 20/08/2014

ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó Isabel Cristina Arturo
Revisó Esperanza Frade G / C.P.S. Rosa Gallego
Elaboró . Victor Sánchez

Bogotá, D.C 26 - September - 2014
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Claudia Siachoque Duarte
CC. #. 1019016778 Bta.
Firma

Actualizar

Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.019.016.778, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los cuatro (4) días del mes de septiembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Carrera 13 A No. 106A - 28 Oficina 202 Edificio Rodal 4 Teléfono: 629 66 59 Bogotá, D.C.
Nit. 830.040.508 - 1
www.trienfer.org.co - trienfer@etb.net.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 01-06-2017
Hora: 7:54:13 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1019016778-1 CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE

Información General

Dirección CRA 106 B 143 05 BRR LOMBARDIA

Teléfonos 3133683368

Dirección electrónica clauklsaa@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/06/2015

Soporte Inscripción 16701851

Fecha Inicio Actividades 01/06/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 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 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC

NOMBRES CLAUDIA YANETH
APELLIDOS SIACHOQUE DUARTE
C.C. 1.015.016.778 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUND UNIV. DEL AREA ANDINA
RUN No. 40765
Fecha de Expedición 14/OCTUBRE/2014



REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CLAUDIA YANETH
SIACHOQUE DUARTE

C.C. 1019016778-

ENFERMERO(A)

Expedicion 26/09/2014

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **8912** *de* **20/08/2014**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH Identificado(a) con CC número 1019016778 expedida en BOGOTA D.C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según titulo que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el dia 25/07/2014, acta de grado Nro. 678, Diploma Nro. 40296 y registrado en el libro 7 Folio 193 año 2014.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 274 del 09 de diciembre de 2011 y 566 de 16 del marzo de 2012, del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 22/07/2014.

Que el(la) señor(a)SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH identificado(a) con CC número 1019016778 expedida en BOGOTA D.C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 20/08/2014

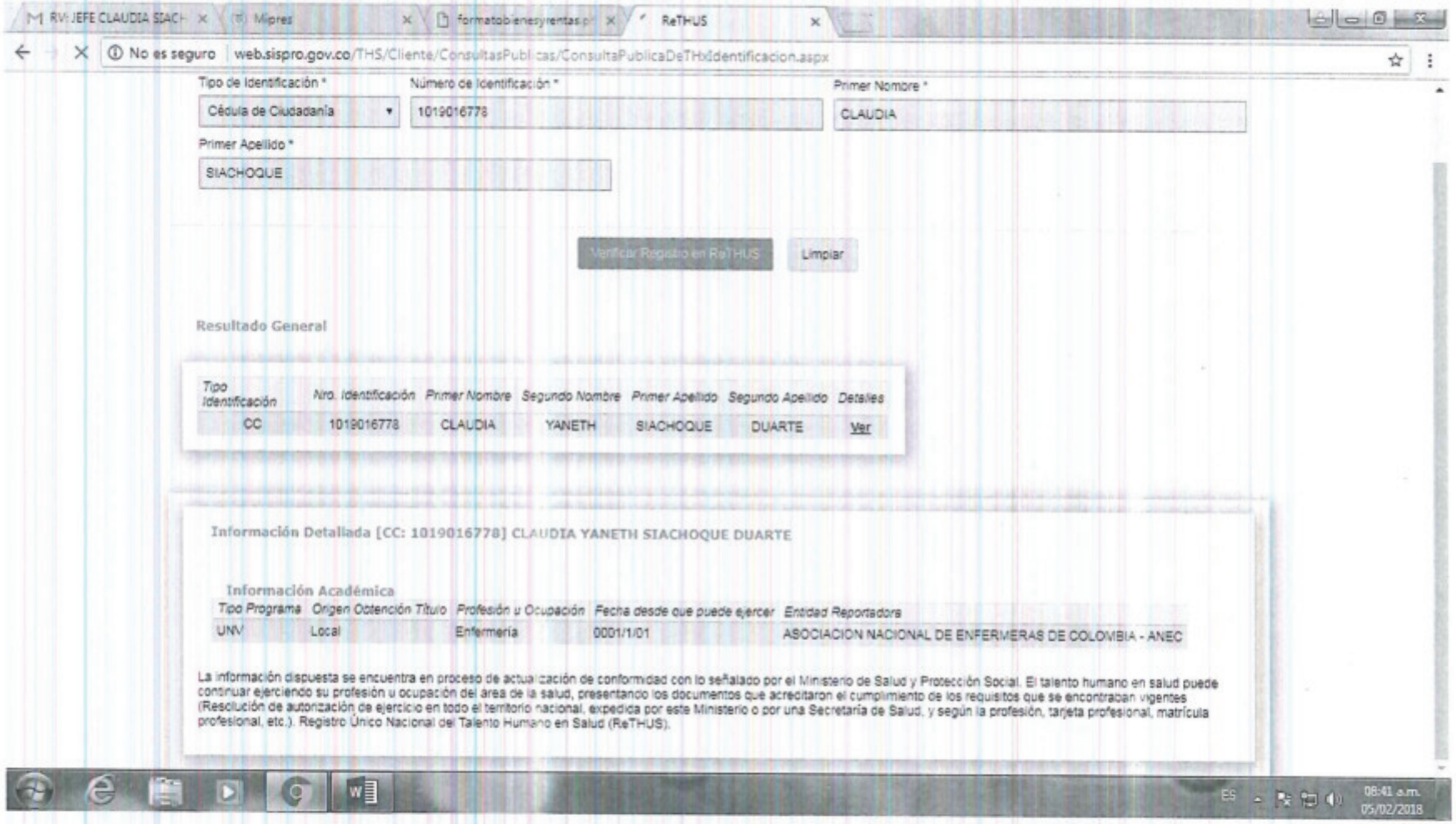
ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó Isabel Cristina Arrubla
Revisó Esperanza Frade G / C.PyD. Rosa Gallego
Elaboró . Victor Sanchez

Bogotá, D.C 26 septiembre 2014
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Claudia Siachoque Duarte
CC. #. 1019016778 Bta.
Firma

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9000
www.saludcapital.gov.co
Info. Línea 195

BOGOTÁ HUMANA


RV: JEFE CLAUDIA SIACH
Mipres
formatobienesyrentas.pd
ReTHUS
No es seguro | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
1019016778
Primer Nombre *
CLAUDIA
Primer Apellido *
SIACHOQUE
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General
Tipo Identificación
Nro. Identificación
Primer Nombre
Segundo Nombre
Primer Apellido
Segundo Apellido
Detalles
CC
1019016778
CLAUDIA
YANETH
SIACHOQUE
DUARTE
Ver
Información Detallada [CC: 1019016778] CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE
Información Académica
Tipo Programa
Origen Obtención Título
Profesión u Ocupación
Fecha desde que puede ejercer
Entidad Reportadora
UNV
Local
Enfermería
0001/1/01
ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
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).
ES
08:41 a.m.
05/02/2018

Actividad 4

Tribunal Nacional Etico de Enfermería
Ley 266 de 1996
Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

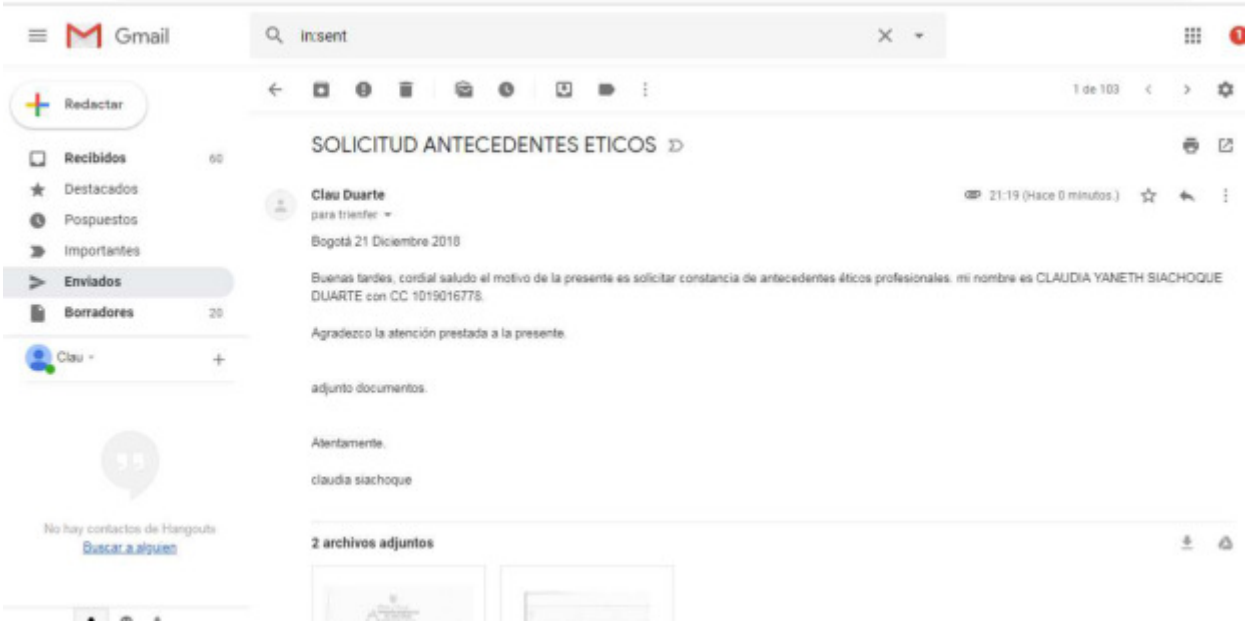
La enfermera **CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.019.016.778, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los cuatro (4) días del mes de septiembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Carrera 13 A No. 106A - 28 Oficina 202 Edificio Rodal 4 Teléfono: 629 66 59 Bogotá, D.C.
Nit. 830.040.508 - 1
www.trienfer.org.co - trienfer@etb.net.co


Gmail
in:sent
Redactar
Recibidos 60
Destacados
Pospuestos
Importantes
Enviados
Borradores 20
Clau
No hay contactos de Hangouts
Buscar a alguien
1 de 103
SOLICITUD ANTECEDENTES ETICOS
Clau Duarte
para trienfer
21:19 (Hace 0 minutos)
Bogotá 21 Diciembre 2018
Buenas tardes, cordial saludo el motivo de la presente es solicitar constancia de antecedentes éticos profesionales. mi nombre es CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE con CC 1019016778.
Agradezco la atención prestada a la presente.
adjunto documentos.
Atentamente.
claudia siachoque
2 archivos adjuntos


B
A
26 NOV. 2010
27 DIC 2010
1 MAR 2011
4 AGO. 2011
07 FEB. 2011
05 AGO 2011
Tania Salud
CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
NOMBRE: Claudia Yeneth Sachague Duarte
DOCUMENTO: 1019016918
TELEFONO: 6691078 - 313 366 3568

Mis vacunas me previenen contra	Edad	Número de dosis	Fecha de aplicación	Refuerzos	Fecha de aplicación del refuerzo
Tuberculosis (BCG)	Recién Nacido	Una	23-07-87	No	
Hepatitis B	Recién Nacido	1ª	15 02-92	15-05-05	
	2° mes	2ª	20 03 92	No	
	4° mes	3ª	20 04 92	14-06-10	
Polio	2° mes	1ª	24 09.87	1 18 meses	02 10 89
RN 23-07-87	3er mes	2ª	25-11-87	2 5 años	03-11-92
	4° mes	3ª	27.01.88		
Difteria Tétanos (D.P.T.) Tosferina	2° mes	1ª	24-09-87	1 18 meses	02 10 89
	3er mes	2ª	25-11-87	2 5 años	03 11 92
	4° mes	3ª	27-01 88		
Sarampión Rubeola (T.V.) Paperas	30 04 88 1 año	Una		10 años	10-10-97
Haemophilus Influenzae (Hib)	2° mes	1ª		No	
	4° mes	2ª			
	6° mes	3ª			
Fiebre Amarilla	A partir de los 6 meses	Para zonas selváticas		cada 10 años	



UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA.

Salud Ocupacional - Resolucion No 1427 S.D.S.
Cr 22 No 83-51 PBX: 2 66 64 16 – 6 05 03 62 Bogota - Colombia
Email: unirionegro@gmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Fecha: 23/abril/2016 14:56

Documento N°	
CC	1,019,016,778

Nombre: SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH

Empresa: HOSPITAL FONTIBON

Cargo: ENFERMERO(A) JEFE

Paraclínicos

Concepto del Examen Médico Laboral	Ingreso	APTO

Conducta y Recomendaciones: Efectuar Pausas Activas Periódicas y Emplear Equipo Personal de Protección

SOPORTE ELASTICO

Claudia Siachoque Duarte

Examinado

Dr. Luis Eduardo Tenjoyo P.
Especialista Salud Ocupacional
Licencia 4163 - S.S.D.
C.C. 19268214

Médico Salud Ocupacional

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 :

CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE

c.c. 1.019.016.778

CULMINO EL CURSO

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

(Cadena de Custodia)

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

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

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

Dado en Bogotá D.C., a los 17 días del mes de Noviembre de 2017

Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

INSTITUTO Vertical
SALUD, URGENCIAS Y EMERGENCIAS

EL INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO BAJO LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 114 DE 1996 Y 2888 DEL 2007
PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y ACUERDO O.N.S MATRICULA MERCANTIL 02053019 REGISTRO 0300324525-NIT 79.950.925-1

EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN EN SALUD URGENCIAS y EMERGENCIAS VERTICAL

CERTIFICAN QUE:

Claudia Siachoque Duarte

CC: 1.019.016.778 Bta

ASISTIÓ AL CURSO SOBRE:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

DIRECTOR
JUAN CARLOS JIMENEZ
DIRECTOR

DIRECTORA ACADEMICA
DRA. YESMI ADRIANA CONTRERAS
DIRECTORA ACADÉMICA

Jorge Contreras
Instructor
INSTRUCTOR

RCP para Vivir

Dada en Bogotá a los 9 y 10 Días del mes de Febrero 2017

CD155

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

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

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

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

FECHA:	21-12-2018	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Siachoque	Duarte	claudia	Yaneth		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1019016778	Bogotá	01-08-2005
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
22-07-1987	Gsican Boyaca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐		1	0	3133823368

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 106B – 143 05	Bogotá	cundinamarca	Colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
claudiaduarte44@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 (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐				
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐		SI ☐	NO ☒	8249	
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☒	Subred centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ ☐ — # NIT: 900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diagonal 34 Nº 5-43	344 4484	Bogotá	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	
	Enfermera		

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2.660.000	GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	500.000	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	1200.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	250.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2.660.000	TOTAL EGRESOS	1950.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Munar	Beltran	Adriana	patricia
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 4GA bis sur 45-65	Bogota	amiga	314-434-58.44

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

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

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ — CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Enfermera

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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

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

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, emitidapor LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 – 83, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o 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 prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos estadísticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la –Direccion de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos 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 Financiacion del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por cotada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas por 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 biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica 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 INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *dlligenaf 34 No 5 - 83 Bogotá DC, teléfono 344 44 84* , *e-mail notificaciones@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizan, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Bogotá, Diciembre 24 de 2018

Señora:
SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH
CC. 1019016778
CR 106 B 143 05 BRR LOMBARDIA - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 13 de 2014. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH	1019016778	C	Mar-13-2014	52	4	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ACTIVOS S A S	1019016778	Dependiente	CERRADO
ASOCIACION DE AMIGOS CONTRA EL CANCER PROSEGUIR	1019016778	Dependiente	CERRADO
CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE	1019016778	Trabajador Independiente	CERRADO
CRUZ BLANCA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A	1019016778	Dependiente	VIGENTE
IPS BEST HOME CARE S A S	1019016778	Dependiente	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	1019016778	Dependiente	CERRADO
OCUPAR TEMPORALES SA	1019016778	Dependiente	CERRADO
SOLUCIONES GTH SAS	1019016778	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE identificado(a) con C.C No. 1.019.016.778, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 24 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado¸ comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. ¸ e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1014016778	Positiva
Numero de Documento	ARL

Claudia	Yaneth	Siachoque	Duarte.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

22-JUN-1987	Guican Boyaca	cra 106B #143-05	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Salud total	Colfondos	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera Jefe	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

* Claudiaaaa@hotmail.com. *Claduarte49@gmail.com.	3133683368
Correo Electrónico	Celular

	Tatiana P. Clavijo Q. C.C. No. 52.431.204 Bta Enfermera P.U.J. TClavijo
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 52-431 204

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 24 de diciembre de 2018, a las 16:14:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1019016778
Código de Verificación	1019016778181224161424

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

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2633680

Bogotá D.C., 24 de Diciembre de 2018 - 16:19 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DIECINUEVE MILLONES DIECISEIS MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C

1019016778

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_VDI6J_1816
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 16:16:27 horas del 24/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1019016778**
Apellidos y Nombres: **SIACHOQUE DUARTE CLAUDIA YANETH**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). 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.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

Nit. 860.002.964.4
Calle 36 No. 7 - 47 Bogotá

CERTIFICA:

Que durante el año gravable 2017 retuvo a SIACHOQUE DUARTE,CLAUDIA YANETH Identificado(s) con Cedula de ciudadania 1,019,016,778 la suma de $7,036.00 a título de Gravámen a los Movimientos Financieros, según el siguiente detalle:

CONCEPTO	BASE GRAVABLE	TARIFA	MONTO RETENCIÓN
Retiros o Traslados de Cuentas de Ahorro			
- Cuenta No. 0388260929	1,759,000.00	4xmil	7,036.00
TOTAL RETENIDO	**1,759,000.00**		**7,036.00**

La retención fue consignada en su oportunidad en la ciudad de Bogotá D.C.

Esta certificación se expide conforme a lo dispuesto por el articulo 381 del Estatuto Tributario, en la ciudad de Bogota, hoy 15 de Marzo de 2018

Se expide sin firma autógrafa de acuerdo con lo establecido en el articulo 10 D.R. 836, del 26 de marzo de 1991.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT. 860.028.580-2

Authorized Provider of CPR and ECC Courses

American Heart Association.

Learn and Live.

INSTITUTO Vertical
SALUD, URGENCIAS Y EMERGENCIAS

EL INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO BAJO LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 114 DE 1996 Y 2888 DEL 2007
PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y ACUERDO O.M.S MATRICULA MERCANTIL 02053013 REGISTRO 030824525- NIT 79.959.925-1

EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN EN SALUD URGENCIAS y EMERGENCIAS VERTICAL

CERTIFICAN QUE:

Claudia Siachoque Duarte

CC: *1.019.016.778 Bta*

ASISTIÓ AL CURSO SOBRE:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Director

JUAN CARLOS JIMENEZ
DIRECTOR

DIRECTORA ACADEMICA

DRA. YESMI ADRIANA BONILLA
DIRECTORA ACADÉMICA

Instructor

INSTRUCTOR

NCP para Veros

Dada en Bogotá a los 1 y 2 Días del mes de Febrero 2019

0465

www.verticalsalud.com

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 121510926

WEB
09:00:14

Bogotá DC, 29 de enero del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA YANETH SIACHOQUE DUARTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019016778:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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