Editar

Información del usuario



Género	Femenino
Cargo	PEDIATRA
Título	Dr(a)
Nombre completo	SANDRA CATALINA
Nombre y apellido	CALA CAMARGO
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	52786061
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	
Código postal	
Estado	
Municipio	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	calacamargo@gmail.com
Teléfono	6234070
Celular	3046692724
Número de fax	

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	ORITO
Celular	3046692724

Editar

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CALA	CAMARGO	SANDRA CATALINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No: 52786061

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES JUN AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 64 N° 23A-49 TORRE 2 APTO 1003

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6234070

EMAIL calacamargo@yahoo.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2017
										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	6	X		ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	9	2011	86-1905/2005
UN	12	X		MEDICO GENERAL	12	2004	86-1905/2005

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 Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 3 MES 4 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PEDIATRA	ASISTENCIAL	DIAGONAL 34 N°5-43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORPORACION NUESTRA IPS		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2879626	DIA 20 MES 8 AÑO 2015	DIA 19 MES 2 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PEDIATRA	ASISTENCIAL	CALLE 116 N 70 D - -65

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3486868	DIA 2 MES 10 AÑO 2013	DIA 25 MES 12 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PEDIATRA	ASISTENCIAL	TRANSVERSA 3 N 49-00

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-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: COMPENSAR EPS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 4280666	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 12 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 10 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: PEDIATRA	*DEPENDENCIA*: ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN*: AV 68 N 49 A - 47	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE MEISSEN	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 5694040	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 12 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 9 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: PEDIATRA	*DEPENDENCIA*: ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN*: CARRERA 18 B N 60 G -36 Sur	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	9	9
PRIVADO	3	4
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento 25 - Dic. 2018.

Catalina Cala Camargo.

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 Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Ultima Actualización: 25-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SANDRA CATALINA CALA CAMARGO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 52786061 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CARRERA 64 N° 23A-49 TORRE 2 APTO 1003 **Teléfonos** 3046692724 6234070

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS JULIO CALA REINOSO	19331354	PADRE
MARLENY CAMARGO OSORIO	51568335	MADRE
CARLOS ANDRES CALA CAMARGO	80030362	HERMANO(A)
SARA GABRIELA DELGADILLO CALA	1014888150	HIJO(A)
ISABELL DELGADILLO CALA	1014897040	HIJO(A)
ISABELL DELGADILLO CALA	1014897040	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 184.490.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 184.490.000,00

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	AHORROS	570451570015508	PORTAL 80	$ 202.792.995,00
PROMEDICO	AHORROS	52786061	BOGOTA	$ 706.332,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	CALLE 83 N 95 D -04 APTO 108	$ 37 000 000 00

Scanned by CamScanner

APARTAMENTO	DG 82G N 73A-61 INT 8 APTO 316	$ 47.500.000,00
VEHICULO	HYUNDAI I 30	$ 25.000.000,00
VEHICULO	GLORY 338	$ 60.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO AV VILLAS	CREDITO HIPOTECARIO	$ 7.880.000,00
PROMEDICO	PRESTAMO LIBRE INVERSION	$ 7.643.477,00
CICOL S.A.S.	SEGURO EDUCATIVO	$ 52.472.534,00
BANCO DAVIVIENDA	TARJETA CREDITO Y PRESTAMO	$ 6.610.000,00

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 C.C ○ C.E ○ T.I. ○	NÚMERO DOCUMENTO

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

Catalina Cala Camargo
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 25-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Personería Jurídica Resolución 12387 de Agosto 18 de 1981 M.E.N.

TENIENDO EN CUENTA QUE

Sandra Catalina Cala Camargo

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C. No. 52.786.061 Bogotá

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

Facultad de Medicina

LE OTORGA,
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
EL TITULO DE

Médico General

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACION
EN BOGOTA, D.C., A LOS siete (7) DIAS DEL MES DE Diciembre DE dos mil cuatro (2004)

RECTOR DECANO SECRETARIO GENERAL

Registro No. 007422
Acta de Registro: Folio No. 15 Libro 02
Día 7 Mes Diciembre Año 2004
Acuerdo 022-Oct 19/1993 del Plenum
SECRETARIA GENERAL

DIPLOMA Nº 5840

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERÍA JURÍDICA: RES. 73-12 DE DICIEMBRE 1.933 – MINGOBIERNO

EN ATENCIÓN A QUE

SANDRA CATALINA CALA CAMARGO

CC 52786061

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO EN LA FACULTAD DE

MEDICINA

LE OTORGA
EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA
NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL
EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 15 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA · COLOMBIA ·

No 139214

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO ACADÉMICO

DECANO DEL MEDIO UNIVERSITARIO

Pontificia Universidad JAVERIANA
Bogotá
Secretaría General

Este Diploma está registrado en el folio 174 del libro 41 de Actas de Grado, Acta N°.5370
Bogotá, 15 de septiembre de 2011
Secr. Gen. P.U.J.

139750

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

FACULTAD DE MEDICINA
Sede Bogotá, D.C.
Registro ICFES No. 27094610000110011100

ACTA DE GRADO No. 259

En la ciudad de Bogotá, D.C., siendo las 11:00 a.m., del día siete (7) de diciembre del año dos mil cuatro (2.004), se reunieron en el Auditorio "Mariano Alberto Alvear Orozco", los doctores: Jaime Villamizar Lamus, Rector; José Ricardo Caballero Calderón, Secretario General; Camilo Delgado Arjona, Decano de la Facultad de Medicina; Víctor Hugo Pacheco Rojas, Vicedecano de la Facultad de Medicina y Orlando Rodríguez García, Secretario Académico de la Facultad de Medicina; con el objeto de realizar la ceremonia de graduación de MÉDICOS GENERALES, debidamente autorizados por el Consejo Académico según Acta No. 103 del 4 de Noviembre del año dos mil cuatro (2.004), a los alumnos que se relacionan a continuación, quienes acreditaron el cumplimiento del programa aprobado por el Plenum de la Fundación, mediante Acuerdo No. 022 del diecinueve (19) de Octubre de mil novecientos noventa y tres (1993).

Sandra Catalina Cala Camargo C.C. 52,786,061 de Bogotá

Los graduandos cumplieron satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por la Facultad y les otorga, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, el título de: **MÉDICO GENERAL.**

Luego el doctor Jaime Villamizar Lamus, tomó a los graduandos el juramento de rigor, concebido en los siguientes términos:

"JURAÍS ANTE DIOS Y LA PATRIA OBEDECER LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA, PROFESAR AMOR, RESPETO Y ÉTICA A LA PRÁCTICA DE VUESTRA PROFESIÓN, ENALTECIENDO POR SIEMPRE SU NOMBRE Y EL DE TODOS VUESTROS COLEGAS PARA SER EJEMPLO DE HONESTIDAD, LEALTAD Y VOLUNTAD DE SERVICIO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA? Los graduandos contestaron afirmativamente. SI ASÍ LO HICIEREÍS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIE, SI NO ÉL Y ELLA OS LO DEMANDE.

Acto seguido, se procedió a la nominación de graduandos y a la entrega de los diplomas y actas de grado correspondientes. A continuación se efectuó la entrega de premios y la exaltación de algunos graduandos que fueron objeto de distinciones especiales.

Estuvieron presentes en la solemne ceremonia las personalidades del Alma Mater, encabezadas por el doctor Jaime Villamizar Lamus, Rector; los Señores Decanos y Profesores del Claustro Sanmartiniano de la Sede de Bogotá.

Finalmente, el Secretario General, leyó el Acta de Graduación correspondiente, y el Señor Rector, dio por terminada la ceremonia, siendo las 12:00 m.

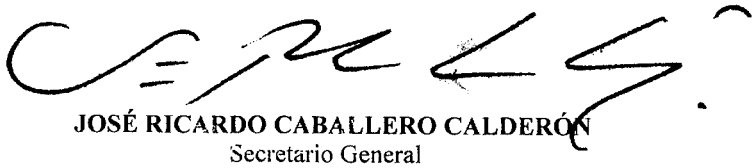
Para constancia se firma la presente Acta, en Bogotá, D.C., a los siete (7) días del mes de Diciembre del año dos mil cuatro (2.004).

JAIME VILLAMIZAR LAMUS (Fdo.)
Rector

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN (Fdo.)
Secretario General

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se deja constancia que el diploma se encuentra registrado bajo el número **007422** anotado al folio número 15 del libro número 02 de fecha siete (7) de Diciembre del año dos mil cuatro (2.004).

Se expide en Bogotá, D.C., a los siete (7) días del mes de Diciembre del año dos mil cuatro (2.004).



JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN
Secretario General

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE MEDICINA

ACTA DE GRADO N° S.G- 5370

En la ciudad de Bogotá el día 15 del mes de septiembre de 2011 se llevó a cabo el acto de graduación en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

A

SANDRA CATALINA CALA CAMARGO

identificado(a) con CC N° 52786061 quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma N° 139214 que lo(a) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá, D.C. 15 de septiembre de 2011.

Jairo H. Cifuentes Madrid
Secretario General

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Secretaría General
BOGOTÁ

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No. 4571 del 24 de Mayo de 1977 M.E.N.

FACULTAD DE MEDICINA

OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA AL DR(A):

Sandra Catalina Cala

CC. No. 52.786.061

Que lo acredita como:

PROFESOR ADJUNTO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

En reconocimiento por su labor académica con los estudiantes del Programa de Medicina en el:

Hospital: **HOSPITAL MEISSEN SEGUNDO NIVEL ESE**

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá a los **22** días del mes de **NOVIEMBRE** de **2014**

MARTA LOSADA FALK
Rectora

ALEJANDRA SALCEDO MONSALVE
Decana Facultad de Medicina

MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
Secretaria General

Elaboró _____

Universidad Militar Nueva Granada

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

A la Doctora

Cala Camargo Sandra Catalina

c.c. 52.786.061

Docente de Apoyo

En reconocimiento a su meritoria labor académica y científica en los programas de Pregrado y Posgrado de la Facultad, en el Hospital Meissen.

Resolución N° 000433 del 24 de Marzo de 2015
Bogotá, D.C.

CR. (RA) MD. JORGE ENRIQUE LUQUE SUÁREZ
Decano Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

MG. EDUARDO ANTONIO HERRERA BERREL
Rector Universidad Militar Nueva Granada

Colegio Asociación Colombiana de Endocrinología Pediátrica

CERTIFICA QUE

SANDRA CATALINA CALA CAMARGO

Participó en el

XV CONGRESO COLOMBIANO DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Realizado en la ciudad de Bogotá del 9 al 11 de Marzo de 2017

Camila Céspedes Salazar; MD
Presidente ACEP

Catalina Forero Ronderos; MD
Secretario Ejecutivo ACEP

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 DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS	CÓDIGO: AP-TH-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-01-16

Bogotá D.C

Señores:

Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá)

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Sandra Catalina Cala Camargo 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:

PEDIATRA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Catalina Cala Camargo

No. de documento: 52.786.061 (Bogotá)

Tarjeta profesional No: 96-1950 / 2005

Dirección de contacto: Cr 69 # 23A-49

Teléfono: 3046692724 / 6234070

CORPEDIMIL

LA CORPORACIÓN DE ESPECIALISTAS EN PEDIATRIA - CORPEDIMIL
NIT 901.025.414-2

CERTIFICA:

Que la señora **Sandra Catalina Cala Camargo,** identificada con la cédula de ciudadanía Nº 52.786.061 expedida en Bogotá, presta sus servicios profesionales de Pediatra en las instalaciones del Hospital Militar Central, mediante un contrato de prestación de servicios desde el 01 de diciembre de 2016 hasta el 30 de junio de 2018, en el cual sus honorarios para el mes de septiembre fueron de Seis Millones Ciento Nueve Mil Seiscientos Noventa Pesos ($6.109.690) M/Cte.

Se expide a solicitud del interesado (a) los doce (12) días del mes de octubre de 2017.



JESSICA MARINA JASSIR FELFLE
Representante Legal

Dirección: Carrera 9 A 17 – 55 Sur Piso 2 Bogotá D.C.
Tel: 704 6446/ CEL. 318 2917212
Email. corpedimil@gmail.com

SOLUCIONES CONTABLES Y FINANCIERAS SAS
OUTSOURCING DE NOMINA PARA

CORPORACION NUESTRA IPS
NIT.: 830128856 -1

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) **SANDRA CATALINA CALA CAMARGO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 52.786.061, labora en nuestra Compañía mediante contrato de trabajo a término Fijo, desde el día 20 de agosto de 2015. En la actualidad desempeña el cargo de **MEDICO PEDIATRA**, con una asignación salarial mensual de Ocho millones novecientos sesenta y dos mil novecientos quince pesos mcte ******* **($ 8.962.915,00)** Pesos M\cte.

Se expide la presente certificación, en la ciudad de Bogotá, DC a los 09 días del mes de febrero de 2016, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente al 2879626 Ext. 103-105-112-115-118-119-102 en la ciudad de Bogotá., citando el consecutivo <>.

Lo anterior se certifica como outsourcing de nómina de CORPORACION NUESTRA IPS

MARIBEL MARROQUIN ARIAS
Director(a) de Nomina
Designado por Soluciones Contables y Financieras

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

EL SUSCRITO ASESOR DE TALENTO HUMANO
DEL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E.

CERTIFICA QUE:

Revisados los archivos de la Institución, él(a) señor(a) **SANDRA CATALINA CALA CAMARGO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía Nº. 52.786.061 expedida en Bogotá, suscribió contrato de prestación de servicios personales de carácter independiente el cual están incluidas actas de prorroga y adición las cuales hacen parte integral de este contrato, cuyo objeto contractual se realizo, prestando servicios profesionales independientes en actividades asistenciales en el área de **PEDIATRIA**, con los siguientes términos de ejecución:

EJECUCION

Del 23 de Octubre de 2009 al 03 de Enero de 2010
Del 04 de Enero de 2010 al 03 de Enero de 2011
Del 04 de Enero de 2011 al 31 de Diciembre de 2011
Del 04 de Enero de 2012 al 30 de Junio de 2012
Del 01 de Julio de 2012 al 08 de Agosto de 2012
Del 13 de Agosto de 2012 al 31 de Octubre de 2012
Del 01 de Noviembre de 2012 al 10 de Diciembre de 2012
Del 11 de Diciembre de 2012 al 01 de Enero de 2013
Del 02 de Enero de 2013 al 31 de Enero de 2013
Del 01 de Febrero de 2013 al 30 de Abril de 2013
Del 01 de Mayo de 2013 al 31 de Mayo de 2013
Del 01 de Junio de 2013 al 01 de Julio de 2013
Del 02 de Julio de 2013 al 29 de Julio de 2013
Del 30 de Julio de 2013 al 02 de Septiembre de 2013
Del 03 de Septiembre de 2013 al 03 de Enero de 2014
Del 04 de Enero de 2014 al 31 de Enero de 2014
Del 01 de Febrero de 2014 al 30 de Abril de 2014
Del 01 de Mayo de 2014 al 31 de Julio de 2014
Del 01 de Agosto de 2014 al 31 de Agosto de 2014
Del 01 de Septiembre de 2014 al 30 de Septiembre de 2014
Del 01 de Octubre de 2014 al 31 de Octubre de 2014
Del 01 de Noviembre de 2014 al 30 de Noviembre de 2014
Del 01 de Diciembre de 2014 al 01 de Enero de 2015
Del 02 de Enero de 2015 al 31 de Enero de 2015 (LICENCIA DE MATERNIDAD)
Del 01 de Abril de 2015 al 30 de Septiembre de 2015

COD: 4316
Elaboro: Jenny Ramirez
Reviso Sergio Triana
Aprobo. Juan Pablo Vega

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

EL SUSCRITO ASESOR DE TALENTO HUMANO
DEL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E.

El valor pactado en el contrato comprendido a partir del 01 de Marzo de 2015 al 30 de Septiembre de 2015 es por **SETENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE. ($74.725.200).**

Para confirmar los datos o solicitar información adicional comunicarse al área de contratación, línea telefónica 5694040 o 7650071.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C. a los (02) días del mes de Septiembre de 2015.

BETSY MABEL PINZON HERNANDEZ
Subdirectora Administrativa
Hospital Meissen II nivel ESE
COD: 4316
Elaboro: Jenny Ramirez
Reviso Sergio Triana
Aprobo: Betsy Mabel Pinzon Hernandez

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

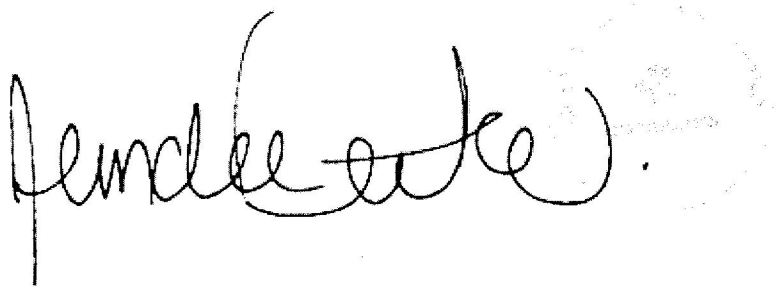
CERTIFICA QUE

El (la) señor (a) **SANDRA CATALINA CALA CAMARGO** identificado(a) 52786061, laboró en esta empresa con contrato a término INDEFINIDO, desde el 10/12/2012 hasta el **05/10/2014**; desempeñando el cargo de MÉDICO PEDIATRA, en el proceso de PRESTACION SALUD, con un ingreso variable mensual de **$** 2.052.000.

Causa de terminación: RENUNCIA

La presente certificación se expide a solicitud del interesado con destino a HOJA DE VIDA, de conformidad con los registros existentes en el proceso de Talento Humano, **30/10/2014**, en la ciudad de Bogotá D.C.

Sujeta a verificación por el Proceso de Talento Humano, teléfono 4280666 Ext.13900- opción 1.



ALEXANDRA CASTELLANOS GUTIERREZ
LÍDER DE GESTIONAR TALENTO HUMANO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.786.061
NUMERO

CALA CAMARGO
APELLIDOS

SANDRA CATALINA
NOMBRES

Catalina Cala Camargo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

26-NOV-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500111-42130801-F-0052786061-20050512 07377 05131B 02 154918525

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14222070098

(415)7707212489984(8020) 000001422207009 8

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

IDENTIFICACION

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CALA	CAMARGO	SANDRA	CATALINA

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
CL 85 97 A 25 BL A 5 AP 108

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
CALACAMARGO@YAHOO.ES		4 4 0 2 8 2 5	3 1 0 5 6 1 9 9 8 9

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 6 2 1	2 0 0 5 0 5 0 2		Año Mes Día			2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 3 0 1 0 8

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 MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-03-2017
Hora: 11:08:35 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52786061-1 SANDRA CATALINA CALA CAMARGO

Información General

Dirección CL 85 97A 25 BL A 5 AP 108

Teléfonos 3105619989

Dirección electrónica calacamargo@yahoo.es

Fax 4402825

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/03/2017

Soporte Inscripción 23113738

Fecha Inicio Actividades 02/05/2005

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001844881

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Libertad y Orden

Registro No.

86 1905/ 2005

Firma Médico

Sandra Catalina Cala Camargo.

Nombres y Apellidos

SANDRA CATALINA CALA CAMARGO

C.C. o C.E. De

C 52786061 BOGOTA

Universidad Ciudad

F.UNIV SAN MARTIN BOGOTA

Código 45449/01 Fecha de Expedición 06/03/06

Departamento de
CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25-2430

25 DE MAYO DE 2012

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud".

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos.3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 03 de 1994 modificado por Decreto 1352 de 2000 emanados del Ministerio de Salud, Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaria Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que SANDRA CATALINA CALA CAMARGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.52786061 de BOGOTA D.C., ha solicitado inscripción para ejercer como MEDICO GENERAL en el Departamento de Cundinamarca; de acuerdo a título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN EN BOGOTA D.C. según ACTA DE GRADO 259 DE FECHA 7 DE DICIEMBRE DE 2004.

Que dicho TITULO se encuentra registrado en LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN EN BOGOTA D.C. obrando AL FOLIO 15 LIBRO 02 REGISTRO 007422 DE FECHA 7 DE DICIEMBRE DE 2004.

Que SANDRA CATALINA CALA CAMARGO, se encuentra debidamente autorizado(a), para ejercer la profesión como MEDICO GENERAL en el Territorio Nacional, mediante RESOLUCIÓN No.86-1905 DE FECHA 9 DE DICIEMBRE DE 2005 EXPEDIDA POR EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL PUTUMAYO.

Que igualmente SANDRA CATALINA CALA CAMARGO, ha solicitado inscripción para ejercer la profesión como ESPECIALISTA EN PEDIATRIA de acuerdo a Diploma que le otorgo LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA EN BOGOTA D.C. según ACTA DE GRADO SG-5370 DE FECHA 15 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

Que dicho TITULO se encuentra registrado en LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA EN BOGOTA D.C., obrando AL FOLIO 174 LIBRO 41 DIPLOMA 139214 DE FECHA 15 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a SANDRA CATALINA CALA CAMARGO, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.52786061 de BOGOTA D.C., para ejercer como MEDICO GENERAL-ESPECIALISTA EN PEDIATRIA en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá D.C., a 25 DE MAYO DE 2012

ADRIANA CAROLINA SERRANO TRUJILLO
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyecto: Edgar Díaz
Reviso: Jaime Taborda

2035

BOGOTA D.C. 18 Enero de 2013
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Catalina Cala Camargo
CC No. 52786061 de Bogotá
FIRMA Catalina Cala Camargo





REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL PUTUMAYO

RESOLUCION No 86- 1905 -2005

Por la cual se concede una autorizacion 9 DIC 2005

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD
en cumplimiento del Decreto 1875 de agosto 3 de 1994 y,

CONSIDERANDO

Que la Doctora SANDRA CATALINA CALA CAMARGO, identificada con cédula de ciudadanía número 52.786.061 Expedida en Bogota D.C, ha solicitado el registro de su TITULO de **MEDICO GENERAL**, que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN, de la Ciudad de Bogota D.C, el 07 de Diciembre de 2.004.

QUE CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ORITO, MUNICIPIO DE ORITO, DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO, durante el periodo comprendido entre el 02 de Mayo hasta el 01 de Noviembre de 2.005.

R E S U E L V E

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a la Doctora SANDRA CATALINA CALA CAMARGO, para ejercer la profesión de MEDICO GENERAL, en todo el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Mocoa, a 9 DIC 2005

DARCED MARINO RINCON POSADA
Director

Elaboro/R.H.D.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52786061

Primer Nombre *

SANDRA

Primer Apellido *

CALA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-19→10:33:32 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52786061	SANDRA	CATALINA	CALA	CAMARGO	Ver

Información Detallada [CC: 52786061] SANDRA CATALINA CALA CAMARGO

2018-12-19→10:33:32 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	2005/12/09	Secretaria Departamental de Putumayo

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).

C-1272

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **SANDRA CATALINA CALA CAMARGO,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 52786061 de Bogotá y T.P. o R.M. No. 86-1905/2005 del(a) Ministerio de la Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los veintiocho (28) días del mes de marzo de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

JAIME FERNANDO GUZMAN MORA MD., MSC.
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 6279983-6279975 Fax 6279587 Bogotá D. C.
E-Mail trnetmed@outlook.com

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

9292467

Nombre	CALA CAMARGO SANDRA CATALINA		
Identificacion	CC 52786061	Tel.	4793236-3046692724
Edad	37 Años 3 Meses 11 Dias	Sexo	F
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento			

Fecha de recepcion:	29-Sep-2016 8:21 am
Fecha de impresion:	30-Sep-2016 6:49 am
Empresa	COLCAN - SALUD OCUPACIONAL
Sede	SALUD OCUPACIONAL CALLE 4
Fecha Validacion	29-Sep-2016 6:14:00p.m.

Preliminar

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000.0	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

JENNY ROSMINY MATALLANA ALFONSO
CC 1,053,127,296
BACTERIOLOGA

DIANA CAROLINA OBANDO HERNANDEZ
CC 52,929,259
BACTERIOLOGA

2018

NIT. 800.066.001-3
Sede Principal: Calle 49 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2316 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2329
Sede Norte: Calle 100 No. 15-21 • Tel. 214 2124 • Fax. 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-68 Ofna 204 • Tels. 282 2849 - 283 2717 • Fax. 280 2618
Sede Calle 85: Calle 84 No. 12-16 • Tel. 236 3788 • Fax. 257 2012
Email: info@laboratoriocolcan.com • www.laboratoriocolcan.com • Bogotá - Colombia

COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	CALA CAMARGO SANDRA CATALINA	Identificación:	CC 52786061
Genero:	Femenino	Edad:	39 AÑOS
Cargo:	MEDICO ESPECIALISTA	Orden No.	98841
Fecha de ingreso:	04/10/2018 02:00 p. m.	Fecha de salida:	06/10/2018 09:49 a. m.
Empresa:	CORPORACION DE ESPECIALISTAS EN PEDIATRIA - CORPMEDIMIL	Destino:	CORPORACION DE ESPECIALISTAS EN PEDIATRIA - CORPMEDIMIL
Tipo de evento:	Ingreso		



Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Examen Medico Ocupacional Con Énfasis Osteomuscular Visiometria

Concepto SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Restricción y/ o causa de aplazamiento:

ninguna

Recomendaciones

Examen ocupacional periódico según SST de la empresa.
Uso de elementos de protección personal según factor de riesgo ocupacional.
Realizar pausas activas durante la jornada laboral.
Capacitarse en prevención y manejo de riesgo biológico.
Revisar y actualizar periódicamente esquema de vacunación.

Observaciones

ninguna

Visiometria

Control anual por Optometría, realizar pausas de higiene visual

Incluir en SVE No
Programa de Promoción y Prevención No

Catalina Cala Camargo
cc 52786061 Bta

Nombre Médico Evaluador
MARTINEZ AMEZQUITA WILSON ALFREDO
Registro médico: 509897 Lic. SO 14634/14

Paciente
CALA CAMARGO SANDRA CATALINA
CC 52786061

Sede principal Calle 49 No. 13 -60 Tel. 7447555 Opción 4
Sede 45 Calle 45 No. 8 - 98 Tel. 3406328

Emergency Training & CPR

Otorga el presente certificado a

Sandra Catalina Cala Camargo

C.C. 52.786.061

Por su asistencia y participación al curso semipresencial de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN

*Con una intensidad de cuarenta (**40**) horas*

*Está capacitación sigue las recomendaciones dadas por las guías del **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia**, cumpliendo con la resolución 2003 de mayo de 2014 y la norma de competencia laboral 240201056*

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. – República de Colombia a los dos (2) días del mes de noviembre de 2018

Anaderly Gutiérrez López
Gerente General – Instructor

Educación Informal de acuerdo con el decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional

emergencytrainingycpr@gmail.com
Cel: (57) 3192022788

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro internacional de Entrenamiento de Urgencias y Emergencias
www.grupocolombianodeemergencias.com

RECIBO DE CAJA
Nº 1767

FECHA	DIA 7	MES	AÑO 8
RECIBO DE:	CATALINA CALA		
DOCUMENTO No.	52.786.061	TELÉFONO:	3046692724
PROFESIÓN:	MEDICO		
VALOR CURSO:	430.000		
NOTA:	PAIS		
RECIBÍ:	CARLOS SALCEDO		

NO SE DEVUELVE DINERO
POR NINGÚN MOTIVO

Tel. 3201207 - 3201035 Cel. 310 7451759 - 301 2799308 Barranquilla

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: E1.CA.FT- 011
VERSIÓN: 03
FECHA: 2017-08-23

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

FECHA:	DIC / 2018	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CALA	CAMARGO	SANDRA	CATALINA

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐		52.986.061	BOGOTA	1997/11/27
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1979/06/18	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☒		2	2	3096892729

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cr 69 #23A-99	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	6234090

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
calacamargo2@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					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	8692	
		NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☒ NO ☐	SI ☐ NO ☒	Subred de Servicios de Salud Centro Oriente

Scanned by CamScanner

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐	NIT	800215303-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 No 5-43	3444434	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	PEDIATRA		**FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)**	2017/09/06

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		GASTOS FAMILIARES	2.000.000	AHORROS	85.000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	12.000.000	ARRIENDOS	2.000.000	INVERSIONES	200.000.000	TARJETAS DE CREDITO	5.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	80.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	110.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	8000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	10.000.000
TOTAL INGRESOS	12000000	TOTAL EGRESOS	12.000.000	TOTAL ACTIVOS	365000.000	TOTAL PASIVOS	125000000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		**DESCRIPCION OTROS EGRESOS**		**DESCRIPCION OTROS ACTIVOS**		**DESCRIPCION OTROS PASIVOS**	
		Financiera				Financieras	

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CAMACHO	ARIZA	LAURA	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cr 69 N°47-50 torre 2 902	BOGOTA	AMIGA	3012335403

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	Portafolio completo	951570015508	Portal 80	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
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.):

Ingresos laborales

Scanned by CamScanner

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR 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 utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, telèfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Scanned by CamScanner

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En 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 e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail: sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Catalina Cala Camargo

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

Scanned by CamScanner

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113615982646

(415)7707212489984(8020) 0002113615982646

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
5 2 7 8 6 0 6 1	1	CALA	CAMARGO	SANDRA	CATALINA	3 2

24. Actividad económica: 8 6 2 1 — Si es una corrección indique: — 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") — 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X")

Patrimonio	Patrimonio bruto	29	423,215,000
	Deudas	30	148,484,000
	Total patrimonio líquido	**31**	274,731,000
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	184,490,000
	Ingresos no constitutivos de renta	33	23,860,000
	Renta líquida	**34**	160,630,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	75,808,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	64,252,000
	Renta líquida cedular de trabajo	**37**	96,378,000
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0
	Renta líquida	**40**	0
	Rentas exentas de pensiones	41	0
	Renta líquida cedular de pensiones	**42**	0
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	0
	Ingresos no constitutivos de renta	44	0
	Costos y gastos procedentes	45	0
	Renta líquida	**46**	0
	Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
	Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	**49**	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	**50**	0
	Pérdida líquida del ejercicio	**51**	0
	Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
	Renta líquida cedular de capital	**53**	0
Rentas no laborales	Ingresos brutos rentas no laborales	54	0
	Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
	Ingresos no constitutivos de renta	56	0
	Costos y gastos procedentes	57	0
	Renta líquida	**58**	0
	Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
	Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	**61**	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	**62**	0
	Pérdida líquida del ejercicio	**63**	0
	Compensaciones	64	0
	Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
	Renta líquida cedular no laboral	**66**	0

Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
	Ingresos no constitutivos de renta	68	0
	Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**69**	0
	1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
	2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
	Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
	Rentas exentas de la casilla 72	73	0
	Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	**74**	0
Renta	**Total rentas líquidas cedulares**	**75**	96,378,000
	Renta presuntiva	76	0
Ganancia Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
	Costos por ganancias ocasionales	78	0
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
	Ganancias ocasionales gravables	**80**	0
Liquidación privada — Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	15,517,000
	De capital y no laborales	82	0
	Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a, Subcédula	84	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
	Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	**86**	15,517,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	**87**	0
	Total impuesto sobre la renta liquida	**88**	15,517,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	0
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	**92**	0
	Impuesto neto de renta	**93**	15,517,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	**96**	15,517,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	0
	Retenciones año gravable a declarar	99	9,822,000
	Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	1,816,000
	Saldo a pagar por impuesto	**101**	7,511,000
	Sanciones	102	0
	Total saldo a pagar	**103**	7,511,000
	Total saldo a favor	**104**	0

(415)7707212489984(8020)208625000000527860610400(3900)00000000000000(96)20180906

105. No. Identificación signatario | 106. DV | 107. No. Identificación dependiente | 108. Parentesco

981. Cód. Representación | Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

CAJA VIVIENDA 51-759 H.A. 05 SET. 2018 CAJERO 4 RECIBIDO SIN PAGO

980. Pago total $: 0

982. Cód. Contador | Firma contador | 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

2018228902018 8

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) SANDRA CATALINA CALA CAMARGO identificado(a) con cedula ciudadania 52.786.061 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170501	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10572964

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

OLDMUTUAL
Hagamos Grandes Cosas Juntos

Dirección: Av. 19 # 109 A – 30
Teléfono: +57 (1) 658 4000 – 484 1300
Bogotá, Colombia
Línea Nacional: 01 8000 517 526
www.oldmutual.com.co

Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Old Mutual Fondo de Pensiones Obligatorias

Certifica

A quien interese

Que SANDRA CATALINA CALA CAMARGO identificada con cédula de ciudadanía número 52786061 se encuentra afiliado(a) a OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700001810261, vigente desde el 1 de Noviembre de 2018 .

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 19 de Diciembre de 2018.

Atentamente,



WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

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

52,786,061	SURATEP
Numero de Documento	ARL

SANDRA	CATALINA	CALA	CAMARGO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

18/06/1979	BOGOTA	CARRERA 64 #23A-49	6234070
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COMPENSAR	OLD MUTUAL	$ 8,000,000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

PEDIATRA	06/04/02017
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

calacamargo@gmail.com	3046692724
Correo Electrónico	Celular

Catalina Cala Camargo	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
cc 52.786.061 Bta	C.C.
Diciembre / 2018	

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119491869

WEB
18:18:24

Bogotá DC, 19 de diciembre del 2018

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) SANDRA CATALINA CALA CAMARGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52786061:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 19 de diciembre de 2018, a las 18:21:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52786061
Código de Verificación	527860611812191821 25

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2625383

Bogotá D.C., 19 de Diciembre de 2018 - 18:23 pm

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

CERTIFICA

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

52786061

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_JRB1B_2318
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 18:29:58 horas del 19/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52786061**
Apellidos y Nombres: **CALA CAMARGO SANDRA CATALINA**

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

INSPIRADOS EN USTED

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 Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **19/12/2018**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora SANDRA CATALINA CALA CAMARGO** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **52786061**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

CUENTA DE AHORRO PROGRAMADO QUE A LA FECHA SE ENCUENTRA INMOVILIZADA

N#mero	**0570451570015508**
Fecha de apertura	**28/06/2006**

Teniendo a la fecha una antiguedad de **150** meses.

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA