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 TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Enfermera	FECHA	18-12-18	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Katia Barcenas.	DOCUMENTO:	1.046267.991		
TELEFONO	3124994342	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Enfermero		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

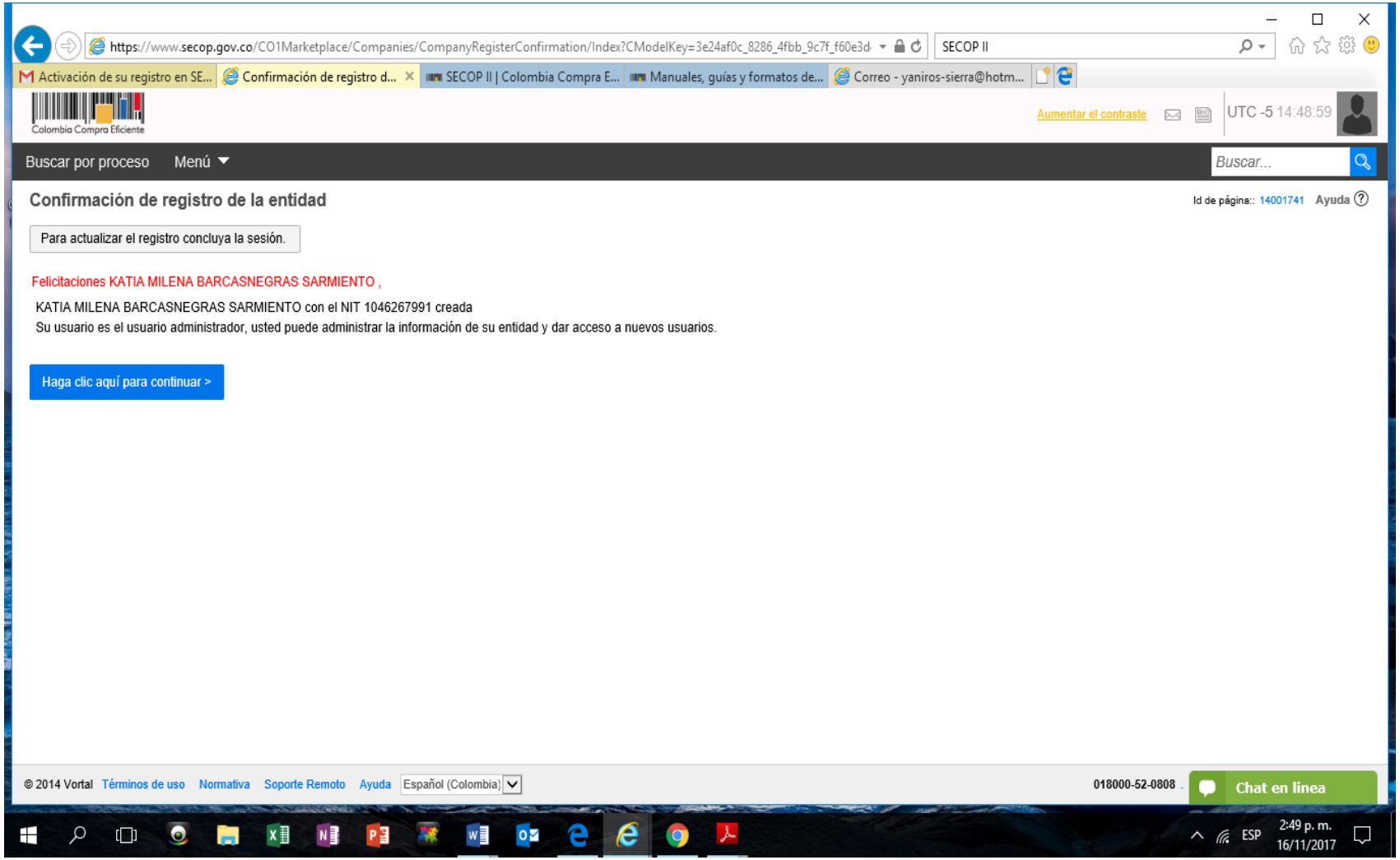
	NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI	☐	NO	☐	

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☐			
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☐			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☐			
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☐			
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☐	N/A	☐	
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☐	N/A	☐	
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☐	NO	☐	
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☐	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☐	N/A	☐	
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☐	N/A	☐	
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☐			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU _____	SI	☐			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☐			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☐	
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☐	N/A	☐	
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐	N/A	☐	
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐	N/A	☐	
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☐	
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☐	N/A	☐	
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☐			
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐	N/A	☐	
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☐	
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☐	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A	☐	
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☐	
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☐	
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☐	
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☐	
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☐			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI	☐			
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI	☐			
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI	☐			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐			
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	☐			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:	
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:	


https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=3e24af0c_8286_4fbb_9c7f_f60e3d
SECOP II
Activación de su registro en SE...
Confirmación de registro d...
SECOP II | Colombia Compra E...
Manuales, guías y formatos de...
Correo - yaniros-sierra@hotm...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 14:48:59
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO ,
KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO con el NIT 1046267991 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 linea
ESP
2:49 p. m.
16/11/2017

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BARCASNEGRAS	SARMIENTO	KATIA MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1046267991

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 31 MES AGO AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Atlántico

MUNICIPIO REPELON

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 80D # 9 -58

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 3049191

EMAIL santaclara@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 DIC AÑO 2001
										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*
UN	9	X		ESPECIALISTA EN BANCA	6	2011	

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 Salúd Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	santaclara@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3222828	DIA 7 MES 3 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA	URGENCIAS	Cra. 14b No. 1 45 sur, Bogota

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D. C.	SIN ESPECIFICAR	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 16 MES 9 AÑO 2014	DIA 30 MES 1 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA	SERVICIO DE URGENCIAS	CALLE 1A No. 9 85

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Guaviare	SAN JOSE DEL GUAVIARE	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 2 MES 7 AÑO 2012	DIA 30 MES 7 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA	SERVICIO DE URGENCIAS	CALLE 1A No. 9 85

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	3	1
PRIVADO	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-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	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Katia B

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

Bogota 18-12-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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: 22-ene-2018

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1046267991 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección CARRERA 80D # 9 -58 **Teléfonos** 3124994342 3049191

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CIDIS SARMIENTO ESCOBAR	32810390	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	$ 2.700.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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	AHORROS	102675923	AVENIDA PRIMERA DE	$ 869.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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** ○ **N** ⊗ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE C.C○ C.E○ T.I.○	No.

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

Talla B.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota 18-12-18

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

Universidad Simón Bolívar

Por Acuerdo No. 3421 del 25 de octubre de 2004 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 2315 de Noviembre 15 de 1977

Confiere el título de

Enfermera

A KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO

con cédula de ciudadanía No. 1.045.267.991 de Repelón

lo en expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 16 días del mes de Diciembre de 2011 y lo refrendan con las firmas de rigor.

El Rector

Secretario General

El Decano de la Facultad

KATIA BARCASNEGRAS SARMIENTO
ENFERMERA PROFESIONAL

República de Colombia

Instituto Educativo Distrital Ciudadela 20 de Julio

Barranquilla - Atlántico

Aprobado por Resolución No. 001346 - Nov 26 de 2004

Confiere a:

Barcasnegras Sarmiento Katia Milena

Identificado (a) con c.c. o t.i. No. *880831-65736* de *Barranquilla*

El Título de

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media.
Según los planes y programas vigentes

Rectora

Secretario (a)

V°B°

Fecha de Registro de Diploma Dic - 14 - 2005

Libro No. 0001 Acta No., 0010

Folio No. 0043 No. De Orden 0015

Dado en Barranquilla, a los 14 días del mes de Dic. de 2005

República de Colombia

Acta De Grado

Instituto Educativo Distrital Ciudadela 20 de Julio

Barranquilla – Atlántico

Aprobado por la Secretaría de Educación Distrital de Barranquilla
Aprobación oficial 10º - 11º Resolución No. 001346 de noviembre del 2004

En la ciudad de Barranquilla, a los 14 días del mes de Diciembre del año 2005, atendiendo lo dispuesto en el Numeral e), Artículo 24 del Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, la suscrita Rectora y Secretaria en la Rectoría del:

Instituto Educativo Distrital Ciudadela 20 de Julio

Modalidad Académica, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de educación Media Autorizada por la Secretaria de Educación Distrital para otorgar el título de Bachiller Académico.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Media, se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos Y Documento de Identificación se relacionan a continuación:

BARCASNEGRAS SARMIENTO KATIA MILENA

Documento de Identidad No.1046267991 de Repelón (Atlántico)

Es fiel copia de Acta Original No. 011 de Fecha 14 de Diciembre de 2005 que consta de 122 alumnos graduandos que comienza con el nombre de **ACOSTA ESTRADA FABIO y termina con el nombre de ZAMORA MONTEJO JENNIFER**

En constancia se firma y sella el presente Acta por quienes en ella intervinieron en Barranquilla, a los 14 días del mes de Diciembre del año 2005.

CELIA DURAN DE ORTIZ
Rectora

BERLY BELTRAN DE LA ESPRIELLA
Secretaria

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR, SEGÚN RESOLUCIÓN No. 5424 DEL 23 DE NOVIEMBRE DE 2005 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, CON PERSONERÍA JURÍDICA No. 1318 DE NOVIEMBRE 15 DE 1972

ACTA DE GRADO No. 062

En Barranquilla, Departamento del Atlántico República de Colombia, a los Dieciséis (16) días del mes de Diciembre del año ***2011,*** *se otorgó el título de* ***ENFERMERA,*** *a* ***BARCASNEGRAS SARMIENTO KATIA MILENA,*** *con cédula de ciudadanía número* ***1046267991,*** *expedida en* ***REPELON.***

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos, habiéndose tomado el juramento de rigor se le hizo entrega del diploma correspondiente distinguido con el numero ***8146.***

Para constancia se expide y se firma esta Acta; FDO. ***RODOLFO PÉREZ VÁSQUEZ,*** *Secretario General.*

Es fiel copia de su original.

RODOLFO PÉREZ VÁSQUEZ
Secretario General

Barranquilla, 16 de diciembre de 2011

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

Centro de Educación Continuada

Certifica que:

BARCASNEGRAS SARMIENTO KATIA MILENA

Participó en la capacitación:

NIC Y NOC

con una intensidad de 4 horas académicas

Firmado a los 3 días del mes de Junio de 20 09

Conferencista

Centro de Educación Continuada

KATIA BARCASNEGRAS SARMIENTO
ENFERMERA PROFESIONAL



CERTIFICA QUE

KATIA BARCASNEGRA SARMIENTO

ASISTIÓ AL

III Latinoamericano y XXI Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería, celebrado en el Teatro Jose Consuegra Higgins

EN CALIDAD DE

PARTICIPANTE

Sandra Rodriguez
Presidenta ACEE

Deisy Otero
Coordinadora General

Barranquila - Colombia, Noviembre 12, 13 y 14 de 2010

KATIA BARCASNEGRAS SARMIENTO
ENFERMERA PROFESIONAL

Universidad Simón Bolívar

Personería No. 3404 de 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 2332 de Noviembre 13 de 1972

Confiere el certificado de

Diplomado

En: URGENCIAS CRITICAS

A: KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO

con Cédula de Ciudadanía No. 1.045.267.991 de Repelón

Con una intensidad horaria de: 300 Horas

El (la) Suscrito(a) se expide el presente Certificado en Barranquilla a los 16 días del mes de Diciembre de 2011 y se entregará con los firmantes de rigor.

10 ENE 2012
JESUS BORJA PÉREZ
Notaría Octava
Barranquilla, Colombia

NOTARIO

KATIA BARCASNEGRAS SARMIENTO
ENFERMERA PROFESIONAL

REANIMA GROUP
Centro de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias

HACE CONSTAR QUE

KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO
C.C. 1.046.267.991

Asistió y aprobó satisfactoriamente el Curso Taller de
Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada y Asistencia en el Manejo Integral del Paciente Crítico en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Pediátrico y Adulto

Llevado a cabo en la ciudad de Bogotá, el 18 de enero de 2017,
con una intensidad horaria teórico-práctica de 40 horas.

GUSTAVO GUZMÁN GÓMEZ, MD
DIRECTOR DE CURSO
INSTRUCTOR BLS – ACLS – PALS
AHA - CNR

NIT.900437068-1
SANDRA MILENA MARTÍNEZ M.
GERENTE GENERAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Universidad Simón Bolivar.

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Katia Milena Barranagra Sarmiento., 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE,** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ENFERMERA

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Katia B.

No. de documento: 1.046.264.991

Tarjeta profesional No.: 36153

Dirección de contacto: Cra 81A#9-14

Teléfono: 3124994342

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO**, Identificada con CC. N° 1.046.267.991, presta sus servicios en la USS Santa Clara, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº Contrato	Fecha inicio	Fecha Terminación	Valor Contrato
AS 1389 2016	07/04/2016	30/04/2016	$ 2.346.396
AS 1428 2016	01/05/2016	31/05/2016	$ 3.068.364
AS 1512 2016	01/06/2016	30/06/2016	$ 2.707.380
AS 1632 2016	01/07/2016	31/12/2016	$ 8.603.452
02-PS-0175-2017	02/01/2017	31/07/2017	$ 23.119.200

OBJETO
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE PROFESIONAL EN ENFERMERIA, PARA EJECUTAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Recibir y entregar el turno de enfermería informando sobre la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio y del carro de paro, los traslados, ingresos, de actividades, relaciones familia – paciente y demás relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la información necesaria para la continuidad del plan . 2. Formular el plan de cuidado de enfermería a cada paciente de acuerdo con la patología, la evolución y las órdenes médicas para definir lo que se debe ejecutar. 3. Distribuir entre los auxiliares de enfermería los pacientes y las actividades especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente. 4. Aplicar los procedimientos propios de enfermería tendientes a promover la recuperación del paciente. 5. Revisar la Historia Clínica teniendo en cuenta las órdenes médicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la información. 6. Registrar en la historia clínica todas las acciones relativas al cuidado del enfermo para dejar constancia científica y legal de lo actuado. 7. Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información para consolidar la producción de la unidad y las especialidades. 8. Establecer las medidas necesarias para brindar una atención con calidad permitiendo dar solución a las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al paciente integrando a las diferentes especialidades médico quirúrgicas. 9. Realizar actividades de educación continuada dirigida a los estudiantes y el personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. 10. Desarrollar actividades de actualización y discusión de casos tendientes al mejoramiento continuo de la calidad de la atención al paciente. 11. Realizar análisis de morbi –mortalidad y auditoria que promuevan procesos de mejoramiento continuo. 12. Evaluar las necesidades de medicamentos, elementos médico quirúrgicos y demás insumos requeridos para la atención del paciente con el fin de realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia y velar por el uso racional de los mismos. 13. Socializar y mantener actualizados los procesos y procedimientos para unificar criterios en el desarrollo de las actividades. 14. Promover y realizar investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes. 15. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., el día 05 de julio de 2017

ENONCO S.A.S
ENFERMERAS ONCOLOGAS DE COLOMBIA
"Líderes en el Cuidado Oncológico"

NIT 900.447.989-2

CERTIFICAMOS

Que el (a) señor (a) **KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.046.267.991** laboro en nuestra empresa desempeñando el cargo de **ENFERMERA PROFESIONAL** a través de contratos por Obra o Labor así:

FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. CONTRATO
24-09-2014	30-04-2015	0456
01-05-2015	30-06-2015	0198
01-07-2015	31-10-2015	0375
01-11-2015	31-01-2016	0689

Las fechas de los contratos antes mencionados corresponden a los contratos firmados entre **ENONCO SAS** y el **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**.

La presente certificación se expide a solicitud del (a) interesado (a), en la ciudad de Bogotá a los (06) días del mes de Abril de 2017.

Cordialmente,

ENONCO S.A.S
ENFERMERAS ONCOLOGAS DE COLOMBIA
NIT 900.447.989 - 2

SANDRA LILIANA ACEVEDO S.
Representante Legal

Bogotá, Calle 95 No. 15-47 Oficina 703 Tel: 4320160 Ext. 3132 – 3133 - 2573340

E-mail: enonco@yahoo.com

EL ASESOR JURIDICO EXTERNO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE

CERTIFICA QUE:

Revisado el archivo que reposa en la oficina jurídica se constató que la señora, **KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO** identificada con la Cedula de Ciudadanía N° **1.046.267.991** expedida en el Repelón, ejecutó a satisfacción los contratos de Prestación de Servicios Profesionales en la E.S.E. Hospital San José Del Guaviare, a continuación se relacionan:

N° CONTRATO	OBJETO	VALOR	DURACION	ESTADO
1101 DE SEPTIEMBRE DE 2013	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE EN INTERVENCION	$ 2.146.600	DESDE EL 04 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2013	EJECUTADO
1227 DE OCTUBRE DE 2013	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE EN INTERVENCION	$ 6.900.000	DESDE EL 01 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013	EJECUTADO
061 DE ENERO DE 2014	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE EN INTERVENCION	$9.200.000	DESDE EL 01 DE ENERO AL 30 DE ABRIL DE 2014	EJECUTADO
457 DE MAYO DE 2014	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	$9.200.000	DESDE EL 01 DE MAYO AL 31 DE AGOSTO DE 2014	EJECUTADO
829 DE SEPTIMEBRE DE 2014	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	$ 1.226.666	DESDE EL 01 AL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2014	EJECUTADO

La presente se expide por solicitud del interesado, el diecinueve (19) de febrero del año 2016.

JEFFERSON ALONSO CASTRO ROMERO

Elaboró: Catherine G.	Revisó: Jefferson Castro	Aprobó:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.046.267.991
BARCASNEGRAS SARMIENTO
APELLIDOS
KATIA MILENA
NOMBRES

Katia B.
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1988
REPELON
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

22-SEP-2006 REPELON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00753125-F-1046267991-20151005 0046731410A 2 1503503346

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14367582431

(415)7707212489984(8020) 000001436758243 1

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

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Repelón 6 0 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARCASNEGRAS	SARMIENTO	KATIA	MILENA

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 80 D 9 58

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
katia3119.kb@gmail.com		3 1 2 4 9 9 4 3 4 2	3 1 8 6 7 4 0 1 0 0

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

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:	2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 4 0 6

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 BARCASNEGRAS SARMIENTO KATIA MILENA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO 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: 22-11-2016
Hora: 9:15:33 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1046267991-9 KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO

Información General

Dirección KR 80D 9 58

Teléfonos 3124994342

Dirección electrónica katia3119.kb@gmail.com

Fax 3186740100

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/08/2016

Soporte Inscripción 22441325

Fecha Inicio Actividades 02/07/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001383441

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.

KATIA BARCASNEGRAS SARMIENTO
ENFERMERA PROFESIONAL

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



NOMBRES KATIA MILENA
APELLIDOS BARCASNEGRAS SARMIENTO
C.C. 1.046.267.991 REPELON (ATLANTICO)
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
RUN No. 36153
Fecha de Expedición 13/SEPTIEMBRE/2013

KATIA BARCASNEGRAS SARMIENTO
ENFERMERA PROFESIONAL

GOBERNACION DEL GUAVIARE

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 95 – 768
Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión

LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE
En uso de las atribuciones constitucionales, contenidas en los artículos 121, 122, 123 y 124, Ley 715 de 2001 artículo 43 y el Decreto 1875 de 1994 y demás normas concordantes, y

CONSIDERANDO

Que **KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.046.267.991 expedida en Repelón - Atlántico, solicitó ante esta Secretaría de Salud, autorización para ejercer como **ENFERMERA** según título que le otorgó la Universidad Simón Bolívar, mediante acta de Grado No. 062 del 16 de diciembre de 2011.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado con el número 8146, folio No. 052 del libro de diplomas No.030 del 16 de diciembre de 2011.

Que **KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO,** prestó el Servicio Social Obligatorio en la E.S.E. Hospital San José del Guaviare, como Enfermera mediante contrato laboral a término fijo, desde el 16 de julio de 2012 al 15 de julio de 2013, en plaza aprobada por la Secretaria de Salud, según Resoluciones Nos. 0001 del 03 de enero de 2011 y 228 del 23 de abril de 2013, Código de Plaza No. 9500100001013-5.

Que el artículo segundo del Decreto 1875 de 1994, define que es función de esta Secretaría de Salud, registrar los títulos del área de la salud.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.046.267.991 expedida en Repelón - Atlántico, para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Que **KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO,** deberá realizar el respectivo registro departamental en cada Seccional de Salud del correspondiente Departamento en donde vaya a laborar.

ARTÍCULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en San José del Guaviare, a los 26 días del mes de agosto de 2013

IRENE DIAZ EREGUA
Secretaria de Salud Departamental

Proyectó Ruth Nira Sarmiento Castro - Profesional Especializado

NIT: 800.103.195-1
Calle 7 No 23-51. Tels: (098) 5840249. Fax: 5840011
contactenos@secretariasaludguaviare.gov.co. San José del Guaviare

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1046267991

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 1046267991, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.046.267.991, 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 diecisiete (17) días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis (2016).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

VACUNACIÓN

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: KATIA MILENA

Apellidos: BARCASNEGRAS SARMIENTO

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1046267991

Fecha de Nacimiento: Día 31 Mes 08 Año 1988

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	07-04-13	SERUM 012M1015	Clara I Velasquez
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	5 DE MARZO 2013	SERUM 0341L2002A	CLARA I VELASQUEZ L
	2	5 DE ABRIL 2013	SERUM 0341L2004B	CLARA I VELASQUEZ L
	3	5 DE AGOSTO 2013	SERUM 0341L2005E	CLARA I VELASQUEZ L

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	14 DE DICIEMBRE 2012	SANOFI 1203401	1	CLARA I VELASQUEZ L
	07-04-13	SANOFI 1307301	1	Clara I Velasquez
	04/06/14	VSO1023	UNICA	Rodriguez
Otras				
AH1N1	3/JUN/10	1068856P3	1 AÑO	Curita

Scanned by CamScanner

DR. PEDRO A. OJEDA CAMARGO

MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA No. 11463 S. S. B
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL



INGRESO	X	PERIODICO		RETIRO	

NOMBRE	KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO			FECHA	30 NOVIEMBRE 2016						
DOCUMENTO	1.046.267.991	DE: REPELON		C.C	X	T.I		C.E			
CARGO	ENFERMERA		TELEFONO: 312 499 43 42					EDAD	28		
EMPRESA	HOSPITAL SANTA CLARA		NIT								

Exámenes para clínicos practicados					
Evaluación medico ocupacional	Si ✓	No	EXÁMENES DE LABORATORIO		
Visiometria	Si ✓	No	Glicemia		Otros
Audiometría	Si	No	Colesterol		Cuales
Espirometria	Si	No ✓	Triglicéridos		
Prueba de equilibrio	Estable ✓	Inestable	RADIOGRAFÍAS		

El suscrito medico hace constar que el citado usuario se presentó a valoración médica, se emite el siguiente concepto

REQUISITOS DE SALUD					CONCEPTO DE APTITUD	
	Si	No	Aplazado	No aplica	Sin limitaciones o restricciones para el cargo	✓
Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	✓				Con limitaciones o restricciones para el cargo	
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos					Aplazado:	
Otro:					Examen de retiro:	

Concepto	Apto para laborar	Si ✓	No	Apto para trabajar en alturas	Si	No

Recomendaciones: _____

El suscrito trabajador declara que los datos suministrados son verdaderos; los resultados fueron consignados en la historia clínica ocupacional, archivada en nuestra institución.

NOMBRE DEL EMPLEADO
C.C 1.046.267.991

Dr. Pedro A. Ojeda Camargo
Médico Especialista Salud Ocupacional
Licencia No. 11.463 SS
Cra. 21 No. 26 A - 36 DR. PEDRO A. OJEDA CAMARGO
Tel: 2392148 - 3661725 ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LSO 11463 SS

BOGOTÁ D.C ENERO 24 DE 2019

SEÑORES:

SUBRED CENTRO ORIENTE

Cordial saludo

La presente es para informar la razón por la cual no cuento con el certificado en físico del curso de ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, debido que realice el curso en la institución en el mes de mayo del 2017 sin embargo hasta la fecha no me ha llegado el soporte del mismo.

Agradezco su comprensión

atentamente: Katia Barcasnegras S.
C.C. 1.046.267.991

_____

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTIÓN DE RIESGO
900.806.660-6

Nº 2826

Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la Ley 1874 de 2017, por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACIÓN, decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015.

CERTIFICA A:

Barcasnegras Sarmiento Katia Milena

C.C 1.046.267.991

Asistió y aprobó el Curso de Soporte Vital Avanzado
con una intensidad de 48 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 14 días del mes de Septiembre del 2018

Héctor M. Chala
Gerente

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

Dr. Camilo Rey Perez
RM 14858
Medico Cirujano -Instructor

Sede principal: Carrera 10 N° 26 – 24 Sur
Contacto: 7011026 - 3143606143

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:	15-12-18	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente. Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Barcasnegras S.	Sarmiento.	Katia	Milena.

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.046.261.991	Rupalon Atlantico	2016-09-2006
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
31-08-1988	Rupalón Atlantico	Colombia	

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐			3124994342

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 81A # 9-14	Bogota.	Cundinamarca.	Colombia.	3124994342

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒
Katia3119.kb@gmail.com.				

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 ☒	

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

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

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	

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

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	1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	2.808.000	ARRIENDOS	600.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	450.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	2.050.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Barcasnegras.	Sarmiento	Nathaly	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Bogota.	C. Ahorros	102675923	AV Primera	

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:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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 destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , 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.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
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

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							

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 domingo 16 de diciembre de 2018, a las 17:32:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1046267991
Código de Verificación	1046267991181216173230

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. 2615651

Bogotá D.C., 16 de Diciembre de 2018 - 17:34 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL CUARENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UN**

1046267991

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 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_PLJS1_3417
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 17:38:31 horas del 16/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1046267991**
Apellidos y Nombres: **BARCASNEGRAS SARMIENTO KATIA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que BARCASNEGRAS SARMIENTO,KATIA MILENA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.046.267.991 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102675923, abierta/o desde el 05/05/2016.

Se expide en Bogota el día 28 del mes de Noviembre del año 2017

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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
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

1.046.267.991	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Katia	Miluna	Barcasnegras	Sarmiento
Primer Nombre	Segundo Nombre	0	Segundo Apellido

31-08-1988	Rotalón Atlantico	cra 81 ~~##~~ 9-14	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Madimas.	Porvenir	$ 2.808.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera.	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

katia3119.kb@gmail.com.	3124994342
Correo Electrónico	Celular

Nini Johanna Álvarez
Enfermera Jefe
Coordinación Urgencias
RUN 31125

Katia B.	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

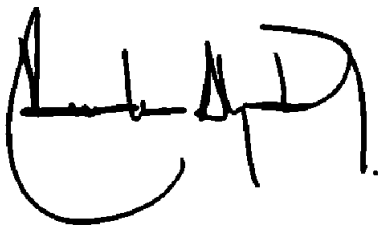
C.C. 53003092

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,046,267,991**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Enero de 2019.



_____
Gerente de Clientes

medimás EPS

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO , identificada con Cédula Ciudadanía 1.046.267.991, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO		
Número de identificación:	1046267991	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CARRE80 D 9-58	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	8113125	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1046267991	KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 24 días del mes de Enero de 2019, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro:

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119260204

WEB
17:36:33

Bogotá DC, 16 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) KATIA MILENA BARCASNEGRAS SARMIENTO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1046267991:

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.