Scanned by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Instituto Bolivariano "ESDISEÑOS"

Programa de educación formal de adultos

Autorizado por la secretaria de educación y cultura del municipio de Soacha (Cundinamarca) según resolución No 015 del 30 de abril de 2004

Confiere a:

PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

IDENTIFICADO(A) CON C.C: 52.842.904 DE BOGOTA

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación media académica, y cumplió los requisitos establecidos en el proyecto educativo institucional, según los planes y programas vigentes establecidos por la ley

Lic. Catalina Arenas Poveda
CC 1.024.497.338 de Bogotá
Rectora

Italia Timjaca Avila
CC: 55.067.499 Garzón, Huila
Secretaria

Anotado en el folio No 30 del libro de registro No 001

Dado en Soacha Cundinamarca a los 6 dias del mes de Diciembre de 2012

"No se requiere registro, según decreto No 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República"

Scanned by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo Nº 856 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento Nº 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca).
Actualización de programas, Acuerdo Nº 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

ACTA GENERAL Nº C 030 **ACTA INDIVIDUAL Nº C 2588**

En Soacha (Cundinamarca) el día 18 de Junio del año 2016, se reunieron en el aula Múltiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta, la Representante Legal, la Directora General, La Directora Académica y el cuerpo de Docentes. Previo Juramento de rigor se le hizo entrega a:

Paola Andrea Vargas Bernal

C.C 52.842.904 de Bogotá D.C.

Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de ley.

Para constancia se firma la presente en Soacha (Cundinamarca)
a los 18 Días del mes de Junio del año 2016.

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica

CARRERA 7 Nº 16-35 TEL: 7293229 - SOACHA (CUNDINAMARCA)

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118651121

Bogotá D.C. 21 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el sistema de información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52842004

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de sanciones disciplinarias dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieran 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 derivan de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las sanciones de perdida 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 presenta 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)

ATENCION :
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

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000410115. dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 – 08 Piso 1. Pbx 5878750 ext. 13105. Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

Scanned by CamScanner



CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

La persona identificada con CC-52542904 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolívar

ew434

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/11/15
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que la señora PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL
con Cédula de Ciudadanía número 52642904
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Numero	007100325021
Fecha Apertura	2017/01/11

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

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 se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL** identificada con CC. Nº 53.842.984, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR G-TO
PS-3059-2017	17-02-2017	15-12-2017	$16.506.780

OBJETO CONTRACTUAL:
PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRANDA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. 2 Realizar las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperación del paciente. 3. Diligenciar los registros de enfermería para dejar evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas. 4. Aplicar los protocolos establecidos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias. 5. Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico. 6. Asesorar al paciente y a la familia acerca el plan de cuidados post hospitalización para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. 7. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad. 8. Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y supervisar la fecha de vencimiento de los insumos contenidos en el carro de paro e informar el estado y pérdida de cualquier bien a la instancia respectiva para tomar medidas oportunas. 9. Preparar la logística requerida por el equipo de salud para brindar atención integral al paciente en consulta externa, urgencias y hospitalización. 10. Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. 11. Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 09 días del mes de noviembre de 2017.

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 3693599 o diríjase a la Carrera5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta proyectada, fue esta sufragantemente evaluada, revisada y ajustada.
Revisó: Daniela Rodriguez Goyes -Asesora Dirección Contratación OPS
Proyectó: Aldonay Nora Jotro-Apoyo Administrativo OPS

Diagonal 34 No 5-83
Código Postal: 110311
Teléfono: 3644300 www.subredcentroriente.gov.co
Info: línea 3649999

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

ethical nurses

Bogotá D.C. enero 10 de 2017

CERTIFICACION

ETHICAL NURSES SAS con Nit 900.845.924-1 certifica que la señora **Paola Andrea Vargas Bernal** con C.C **52.842.904** expedida en Bogotá, Labora en nuestra Compañía con un contrato **POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS,** en el cargo auxiliar de enfermería desde el 14 de Julio de 2016 teniendo un ingreso mensual aproximado de un Un Millón Doscientos Mil Pesos m/cte. ($1.200.000.oo).

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada a los 10 días del mes de Enero de 2017.

CAROL VIVIANA PINZÓN
Gerente General

Calle 74 No 15 – 13 Oficina 208
Teléfono: (571) 5-400403
ethicalnursessas@gmail.com

Scanned by CamScanner

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 Responsable
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 17-ab-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL
IDENTIFICADO CON C.C. ◉ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 52842004 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección calle6dNUMERO62B15SUR **Teléfono**3197972939 3554059

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ◉
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0.00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0.00
HONORARIOS	$ 16.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 16.000.000,00

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

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

Scanned by CamScanner

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 ACEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 17-dic-2018

a) En la actualidad pertenezco 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 (X) NO ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL	C.C (X) C.E ( ) T.I ( )	52842564

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Paola Vargas Bernal

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

Acta Individual de Grado

República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

Municipio de Soacha

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO BOLIVARIANO "ESDISEÑOS"

PROGRAMA DE EDUCACIÓN FORMAL DE ADULTOS

En Soacha, Cundinamarca a los seis (06) días del mes de Diciembre de 2012, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rectora y Secretaria del Instituto Bolivariano ESDISEÑOS del municipio de Soacha. Establecimiento educativo autorizado por la Secretaría de Educación y Cultura del municipio de Soacha, Departamento de Cundinamarca, según resolución No 015 del 30 de abril de 2004, autorizado para otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO y expedir el diploma correspondiente.

ACTA GENERAL DE GRADUACIÓN No. 003

En atención a que:

PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

identificado(a) con C.C: 52.842.904 DE BOGOTA

Curso y aprobó los estudios correspondientes al nivel de educación media académica y cumplió con los requisitos establecidos por el PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL, le otorga el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Registrado para efectos legales de conformidad con la ley 115, en su artículo 161, Decreto 3011 de 1997, el Decreto 180 de 1997 y la ley 115 de 2001, en el libro de Actas Generales No 003 folio 30 numeral 499 el 06 de Diciembre de 2012.

Se Firma en Soacha Cundinamarca a los seis días (06) del mes de Diciembre De 2012.

Lic. Catalina Arenas Poveda
CC; 1.024.497.339 de Bogota
Rectora

Italia Tinjaca Avila
CC 55.067.499 Garzon, Huila
Secretaria



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

CERTIFICA

QUE: *Paola Andrea Vargas Bernal*

C.C 52.842.904 De Bogotá D.C.

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley.
Con una intensidad de 1800 horas.

Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los 18 días del mes de Junio de 2016

Cruz Blanca E.P.S.

Certificado de Afiliación

La Señora PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL identificada con Cédula Ciudadanía 52.842.804 Presenta los siguientes datos, referentes a Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS/ED.

nformación del Afiliado:

ombre	PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL		
úmero de identificación	52842804	Tipo identificación	Cédula Ciudadanía
echa afiliación (dd/mm/aaaa)	14/12/2011	Fecha de retiro	
stado actual	VIGENTES	Razon de estado	Al dia - empleador paga al dia
po de Afiliado	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
rección actual de residencia	calle 64d n 82 bis sur 453070	Municipio residencia	Bogotá D.C.
eléfono actual de residencia	3165371308	Depto. Residencia	Bogotá D.C.

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
8210150	MARCO ANTONIO BELTRAN CETINA	10/11/2015	
52842804	VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA	10/01/2011	

nformación 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 comunicándolos con los siguientes teléfonos en Bogotá: 4440108 y en el resto del país 018000115337.

Se firma y expide en Bogotá a los 1 días del mes de Diciembre de 2015, 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.

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CARDOZO

Coordinador Nacional de Operaciones

Talento

Cruz Blanca E.P.S.

Certificado de Afiliación

La Señora PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL identificada con Cédula Ciudadanía 52.842.804 Presenta los siguientes datos, referentes a Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS/ED.

nformación del Afiliado:

ombre	PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL		
úmero de identificación	52842804	Tipo identificación	Cédula Ciudadanía
echa afiliación (dd/mm/aaaa)	14/12/2011	Fecha de retiro	
stado actual	VIGENTES	Razon de estado	Al dia - empleador paga al dia
po de Afiliado	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
rección actual de residencia	calle 64d n 82 bis sur 453070	Municipio residencia	Bogotá D.C.
eléfono actual de residencia	3165371308	Depto. Residencia	Bogotá D.C.

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
8210150	MARCO ANTONIO BELTRAN CETINA	10/11/2015	
52842804	VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA	10/01/2011	

nformación 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 comunicándolos con los siguientes teléfonos en Bogotá: 4440108 y en el resto del país 018000115337.

Se firma y expide en Bogotá a los 1 días del mes de Diciembre de 2015, 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.

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CARDOZO

Coordinador Nacional de Operaciones

Talento

Secretaría Distrital Salud Región Oriente 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: 2017-01-31

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Salud Teresa de Calcuta

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Paola Andrea Vargas Bernal 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 cuanto 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:

Tecnico auxiliar de enfermeria.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52842 904 BTA.

Tarjeta profesional No: 52842904

Dirección de contacto: Cll 50 # 82 B 15 Sur

Teléfono: 3019932039

porvenir

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **52.842.904** se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Diciembre de 2018

Gerente de Clientes

Scanned by CamScanner

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: 01-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VARGAS	BERNAL	PAOLA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52842904

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES ENE AÑO 1982

PAÍS Colombia

DEPTO Quindío

CIUDAD Armenia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle54DNUMERO62B15SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3054059

EMAIL andrea23572@hotmail.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
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES JUNIO AÑO 2012
										X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

SIDEAP

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	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento:

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Entidad adoptante

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

SIDEAP

Última Actualización: 01-ABR-2016

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 01-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VARGAS	BERNAL	PAOLA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52842904

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES ENE AÑO 1982

PAÍS Colombia

DEPTO Quindío

CIUDAD Armenia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle54DNUMERO82B15SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3054059

EMAIL andrea23572@hotmail.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
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES JUNIO AÑO 2012
										X	

Scanned by CamScanner

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: 01-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*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

_____

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.

Scanned by CamScanner

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: 01-dic-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

YO, PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52842904 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle54DNUMERO82B15SUR **Teléfonos** 3197972039 3054059

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 16.000.000,00
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	$ 16.000.000,00

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

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

Scanned by CamScanner

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 01-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

Buscar por proces | Menú

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones paola andrea vargas bernal,

PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL con el NIT 52842904 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 >

Scanned by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

CERTIFICA

QUE: *Paola Andrea Vargas Bernal*

C.C 52.842.904 De Bogotá D.C.

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley.
Con una intensidad de 1800 horas.

Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

LADY MILENA VELASQUEZ TORRES
Directora Académica

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los 18 días del mes de Junio de 2016

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Instituto Bolivariano "ESDISEÑOS"

Programa de educación formal de adultos

Autorizado por la secretaria de educación y cultura del municipio de Soacha (Cundinamarca) según resolución No 015 del 30 de abril de 2004

Confiere a:

PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

IDENTIFICADO(A) CON C.C: 52.842.904 DE BOGOTA

El Título de :

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación media académica, y cumplió los requisitos establecidos en el proyecto educativo institucional, según los planes y programas vigentes establecidos por la ley

INSTITUTO BOLIVARIANO MUNDO DE TRIUNFADORES ESDIS EÑOS

Lic. Catalina Arenas Poveda
CC 1.024.497.338 de Bogotá
Rectora

Italia Tinjaca Avila
CC; 55.067.499 Garzón, Huila
Secretaria

Anotado en el folio No 30 del libro de registro No 001

Dado en Soacha Cundinamarca a los 6 dias del mes de Diciembre de 2012

"No se requiere registro, según decreto No 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República"

Scanned by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaria de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

ACTA GENERAL N° C 030 **ACTA INDIVIDUAL N° C 2588**

En Soacha (Cundinamarca) el día 18 de Junio del año 2016, se reunieron en el aula Múltiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta, la Representante Legal, la Directora General, La Directora Académica y el cuerpo de Docentes. Previo Juramento de rigor se le hizo entrega a:

Paola Andrea Vargas Bernal

C.C 52.842.904 de Bogotá D.C.

Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de ley.

Para constancia se firma la presente en Soacha (Cundinamarca)
a los 18 Días del mes de Junio del año 2016.

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica

Scanned by CamScanner

Acta Individual de Grado

República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

Municipio de Soacha

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO BOLIVARIANO "ESDISEÑOS"

PROGRAMA DE EDUCACIÓN FORMAL DE ADULTOS

En Soacha, Cundinamarca a los seis (06) días del mes de Diciembre de 2012, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de ultimo grado, los suscritos Rectora y Secretaria del Instituto Bolivariano ESDISEÑOS del municipio de Soacha. Establecimiento educativo autorizado por la Secretaria de Educación y Cultura del municipio de Soacha, Departamento de Cundinamarca, según resolución No 015 del 30 de abril de 2004, autorizado para otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO y expedir el diploma correspondiente.

ACTA GENERAL DE GRADUACIÓN No. 003

En atención a que:

PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

identificado(a) con C.C: 52.842.904 DE BOGOTA

Curso y aprobó los estudios correspondientes al nivel de educación media académica y cumplió con los requisitos establecidos por el PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL, le otorga el titulo de:

BACHILLER ACADÉMICO

Registrado para efectos legales de conformidad con la ley 115, en su articulo 151, Decreto 3011 de 1997, el Decreto 180 de 1997 y la ley 115 de 2001, en el libro de Actas Generales No 003 folio 30 numeral 499 el 06 de Diciembre de 2012.

Se Firma en Soacha Cundinamarca a los seis días (06) del mes de Diciembre De 2012.

Lic. Catalina Arenas Poveda
CC; 1.024.497.338 de Bogota
Rectora

Italia Tinjaca Avila
CC 55.067.499 Garzon, Huila
Secretaria

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento Resolución N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Registro de Programa Resolución N° 1368 del 18 de Junio de 2010

Certifica:

Que : *PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL*

CC. 52.842.904 DE BOGOTA Asistió al curso Básico de

CODIGO: 124 No. 1 **Tripulación A. P. H. en Ambulancia**

Con una intensidad de 20 horas

Jenny Marcela Galindo
Representante Legal
ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Jenny Marcela Galindo Gomez
Representante Legal

Flor Marina Gómez
Directora
ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Flor Marina Gomez de Galindo
Directora Administrativa

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Instructor

Dado en Soacha Cundinamarca a los Nueve (09) días del mes de Junio de 2016

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento Resolución N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Registro de Programa Resolución N° 1368 del 18 de Junio de 2010

Certifica:

Que : *PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL*

C.C. 52.842.904 DE BOGOTÁ

Asistió al curso Básico de

CODIGO: 177 No. 1

Plan Amplio de Inmunización

Con una intensidad de 20 horas

Jenny Marcela Galindo
Representante Legal
ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Jenny Marcela Galindo Gómez
Representante Legal

Flor Marina Gómez
Directora
ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Flor Marina Gómez de Galindo
Directora Administrativa

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Instructor

Dado en Soacha, Cundinamarca a los Dieciséis (16) días del mes de Junio de 2016

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Salud Teresa de Calcuta.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Paola Andrea Vargas Bautista 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:

Tecnico auxiliar de enfermeria.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52842 904. BTA.

Tarjeta profesional No: 52842904.

Dirección de contacto: Cll 51D # 82 B 15 Sur.

Teléfono: 3147972039

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 se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL** identificada con CC. N° 52.842.904, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR C-TO
PS-3059-2017	17-02-2017	15-12-2017	$16.508.700

OBJETO CONTRACTUAL:
PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. 2 Realizar las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperación del paciente. 3. Diligenciar los registros de enfermería para dejar evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas. 4. Aplicar los protocolos establecidos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias. 5. Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico. 6. Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. 7. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad 8. Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y supervisar la fecha de vencimiento de los insumos contenidos en el carro de paro e informar el estado y pérdida de cualquier bien a la instancia respectiva para tomar medidas oportunas. 9. Preparar la logística requerida por el equipo de salud para brindar atención integral al paciente en consulta externa, urgencias y hospitalización. 10. Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. 11. Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 09 días del mes de noviembre de 2017.

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 2880519 o dirigirse a la Carrera5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Revisó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Jolro-Apoyo Administrativo OPS

Diagonal 34 No.5-43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

ethical nurses enfermería

Bogotá D.C. enero 10 de 2017

CERTIFICACION

ETHICAL NURSES SAS con Nit 900.845.924-1 certifica que la señora **Paola Andrea Vargas Bernal** con C.C **52.842.904** expedida en Bogotá, Labora en nuestra Compañía con un contrato **POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS,** en el cargo auxiliar de enfermería desde el 14 de Julio de 2016 teniendo un ingreso mensual aproximado de un Un Millón Doscientos Mil Pesos m/cte. ($1.200.000.oo).

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada a los 10 días del mes de Enero de 2017.

CAROL VIVIANA PINZÓN
Gerente General

Calle 74 No 15 – 13 Oficina 208
Teléfono: (571) 5-400403
ethicalnursessas@gmail.com

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.842.904
VARGAS BERNAL

APELLIDOS
PAOLA ANDREA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-ENE-1982
CALARCA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-MAR-2000 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14396208681

(415)7707212489984(8020) 000001439620868 1

Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 4 2 9 0 4	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
ersona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 8 4 2 9 0 4	2 0 0 0 0 3 0

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARGAS	BERNAL	PAOLA	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
L 54 D 82 B 15 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ndrea23572@hotmail.com		3 0 5 4 0 5 9	3 1 9 7 9 7 2 0 3

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 6 0 6 1 8						

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																								

0- 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 renovaci

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 1 1 2

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 HUERTAS RONDON ALBEIRO DE JESUS
985. Cargo: Gestor III

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 02-01-2017
Hora: 2:16:21 PM

CONTRIBUYENTE CC 52842904 PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

Información

Dirección	CL 54 D 82 B 15 SUR
Teléfonos	3054059
Dirección	andrea23572@hotmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	02/01/2017
Soporte Inscripción	22976119
Fecha Inicio Actividades	18/06/2016
# 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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Scanned by CamScanner

CUNDINAMARCA
unidos podemos más

RESOLUCIÓN No. 25 - 1503
06 DE JULIO DE 2016

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución No. 8211 del 15 de julio de 1989, el Decreto 1352 del 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, la Ley 1164 de 2007 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Resolución 5258 de 2011, expedida por la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que *VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA*, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.*52842904*, expedida en *BOGOTA D.C*, solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización, para ejercer como *TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA*; diploma otorgado por, *LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA EN SOACHA CUNDINAMARCA., según ACTA GENERAL No. C 030 ACTA INDIVIDUAL No. C 2588 DE FECHA 18 DE JUNIO DE 2016.*

Que dicho certificado de aptitud ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°, de la Resolución 08211 de 1989.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a *VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA*, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No *52842904*, expedida en *BOGOTA D.C*, para ejercer como *TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA*, y tiene efectos en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Con la presente Resolución, el profesional quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C, el 06 DE JULIO DE 2016

DORIS E. RODRIGUEZ PEREZ
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyectó: Janeth Florez
Revisó: José Luis Rodriguez
V.B CAAJ: Alfonso Sánchez

BOGOTA D.C. 26-07-2016
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Paola Andrea Vargas B.
CC No. 52'842904
Firma

Scanned by CamScanner

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 *: 52842904

Primer Nombre *: PAOLA

Primer Apellido *: VARGAS

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-01→8:05:16 AM -2018-12-01→8:31:27 AM -2018-12-01→8:59:54 AM -2018-12-01→9:14:13 AM -2018-12-01→10:14:57 AM -2018-12-01→10:44:37 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52842904	PAOLA	ANDREA	VARGAS	BERNAL	Ver

Información Detallada [CC: 52842904] PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

2018-12-01→10:44:37 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016/7/06	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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).

Scanned by CamScanner

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Paola Andrea

Apellidos: Vargas

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52842904

Fecha de Nacimiento: Día 29 Mes 01 Año 1982

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	07 Marzo 2006		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	19 Oct 2012		
	2	23 Nov 2012		
	3 DPT a	22 Marzo 2013		
	4	31 MAR 2016 D2273		Araceli Ariza Vargas Auxiliar de Enfermería
	5	31 Marzo /17		
Contra Hepatitis B	1	31 MAR 2016	1434021-01	Araceli Ariza Vargas Auxiliar de Enfermería
	2	03 ENE 2017	1454025-03	
	3	28 NOV 2017	1454025-05	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Scanned by CamScanner

MEDIEXPRESS IPS
Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49D No.91-98
BOGOTA D.C. (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 1454 de 09/02/2011

CERTIFICADO MEDICO

H.C. 52842904

Fecha: 04-enero-2017 8:55 am
Impresión: 04-enero-2017 9:02 am

Paciente: **VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA** Edad: 34 Años Sexo: F
Doc.Iden.: **CC52842904**
Entidad: **MEDIEXPRESS**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: N/D
Adm. Salud: CRUZ BLANCA EPS S.A.
Admin.Riesgos N/D
Estrato: 2
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Teléfono: N/D Estado civil: UNION LIBRE
Admin.Pension N/D

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA identificada con documento de identidad CC 52842904 fue valorada en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
CONTROL EPS,OPTOMETRIA,NUTRICIONISTA, MEDICINA INTERNA-ENDOCRINOLOGIA, MEDICINA VASCULAR CONTROL.

Médico-Laborales:
EPP, ERGONOMIA, HIGIENE POSTURAL ANTIVARICES, PAUSAS ACTIVAS ARTICULARES , CORRECCION OPTICA, MEDIAS ANTIVARICES,Y SEGUN RIESGO LABORAL.

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SUGERIDOS:
- Visual
- Ergonómico

Medico(a): ROJANO VERGARA GIOVANNA PAOLA
Registro médico: 22549980
Licencia en Salud Ocupacional: 11621 de diciembre 20 2007

Scanned by CamScanner

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.C Nº 52.842.904 DE BOGOTA D.C

Asistio y aprobo el curso

SOPORTE VITAL BASICO

Con una intensidad horaria de **20** horas realizado del dia **28** al **30** de **NOVIEMBRE** de **2018**

Cursos que siguen los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, art.42,90 y la resolucion 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 20 horas de educacion continua e informal con una validez de **2** años. Lo anterior se firma en Bogota D.C el dia **30** del mes de **NOVIEMBRE** del **2018**

Director General
Stella Vitae SAS
Director general

Asesorias, Capacitaciones
Actualizaciones y Prestación
de Servicios en Salud
Stella Vitae SAS
Nit. 901 175 755-1

Stella Vitae SAS
Nit. 901.175-755-1
Instructor
instrutor

Scanned by CamScanner

Cruz Blanca E.P.S.

Certificado de Afiliación

La Señora PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL , identificada con Cédula Ciudadanía 52.842.904, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

nformación del Afiliado:

Nombre:	PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL		
Número de identificación:	52842904	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	14/12/2011	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:	calle 54d n 82 bis sur 4830761	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	3193371189	Depto. Residencia:	Bogota D.C.

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
80186196	MARCO ANTONIO BELTRAN CETINA	10/11/2016	
52842904	VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA	10/01/2017	

nformación 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: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 1 días del mes de Diciembre de 2018, 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.

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:

Scanned by CamScanner

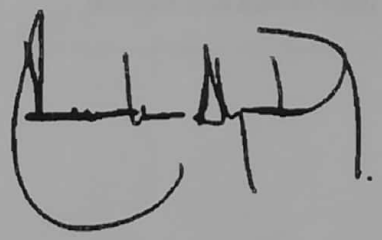
porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,842,904**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Diciembre de 2018.



Gerente de Clientes

Scanned by CamScanner

BOLÍVAR

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

* Campos obligatorios

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-52842904 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

ew434

Confirmar imagen *

CONSULTAR

© 2016 - Seguros Bolívar
Todos los derechos reservados 2016

Scanned by CamScanner

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

Numero de Documento	ARL
52842904.	Seguros Bolivar.

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Paola.	Andrea	Vargas	Bernal

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
29-01-1982	Barcelona. Quindio	cl 54D # 82B-15 Sur	3197972039.

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Cruz Blanca.	Porvenir.	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Correo Electrónico	Celular
andrea23572@hotmail.com.	3197972039.

Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118651121

WEB
10:34:53

Bogotá DC, 01 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) PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52842904:

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.

Scanned by CamScanner

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 sábado 01 de diciembre de 2018, a las 10:35:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52842904
Código de Verificación	52842904181201103555

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

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2572900

Bogotá D.C., 1 de Diciembre de 2018 - 10:36 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUATRO** de BOGOTA

52842904

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.

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_KCR2_3610
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:37:34 horas del 01/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52842904**

Apellidos y Nombres: **VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA**

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.

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/11/15

Por medio de la presente hacemos constar que la señora PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL
con Cédula de Ciudadanía número 52842904
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	007100825921
Fecha Apertura	2017/01/11

Cordialmente,

4807 - OFICINA AMERICAS OUTLETS

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Scanned by CamScanner

Item 29

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:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

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:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Vargas	Bernal	Paula.	Andrea.		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52842904.	Bogota.	09 marzo 2000.
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
29-07-1982	Barcelona Quindio	Colombia.	Colombia

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☒	2	2	3197972039

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cll 54D # 82 B 15 Sur	Bogota	cundinamarca.	Colombia.	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
andrea23572@hotmail.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
Gonzalez.	Figueroa.	Rafael	Ivan.

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1012362780	Bogota.	12 marzo 2008.
PASAPORTE ☐	OTRO ☐ CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD:

3. INFORMACION 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 ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8692
		ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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

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		# NIT
GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ LUD ☐		800215303-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ ANCIERA ☐ NSPORTE ☐ TE☐LOGIA ALIM☐OS MEDICA☐TOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 39#5-43	344 44 84	Bogota.	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Aux. Enfermera.		FECHA VINCULACION	

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	1'528.400	GASTOS FAMILIARES	700000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1'528'400	TOTAL EGRESOS	900.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gonzalez.	Figueroa.	Natalia.	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
	Bogota.	Amiga.	3228096625.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda.	Cuenta ahorros.	007100825921	Isenia 100.	

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:
IMPORTA☐N ☐ EXPORTACI☐ ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐TRA ☐ 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 aqui 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.):

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.

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

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) 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 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 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 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 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, 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 , estadísticas, 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, compañias de asistencia medica, abogacos 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 estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 Título 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.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52842904 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle54DNUMERO82B15SUR **Teléfonos** 3197972039 3054059

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 16.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 16.000.000,00

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

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	52842904

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

Paola Vargas. Bal.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1			
NEUMOCOCO	1			
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRABICA	1			
	2			
	3			
F. TIFOIDEA	1			
T. VIRAL	1			
	2			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nº 8242

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 - Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Paola Andrea Vargas

IDENTIFICACIÓN: 52842904

TELÉFONO: 3197972039 F.N.: 29-01-82

Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya

Tel.: (01) 804 10 05 - Cel: 321 322 90 92 - 310 674 82 24 - 320 420 17 13

e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com • www.ipsvacunarcolombia.com

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R	17 DIC. 2010	ENGERIX LAHBVC664AI V 08/2020	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.394.707-3
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			

Scanned by CamScanner

Certificación

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

CERTIFICA A:

PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

C.C. 52842904

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

El presente se expide a los **Cuatro (4) días del mes de diciembre de 2018**

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Mónica Adriana Pérez Bonilla
Director Operativo – Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2672980

Bogotá D.C., 1 de Diciembre de 2018 - 10:38 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No. CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUATRO de BOGOTA

52842904

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 reportan 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 e inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

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

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

Certificado expedido de conformidad con el artículo 132 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 842 del 14 de febrero de 2003 y 618 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
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_4CR2_3615
Link de verificación = http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:37:34 horas del 01/12/2018, el ciudadano identificado con
Cédula de Ciudadanía N° **52842904**
Apellidos y Nombres: **VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA**

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.

Scanned by CamScanner
Scanned by CamScanner

CUNDINAMARCA
unidos podemos más

RESOLUCION No. 25 - 1983
06 DE JULIO DE 2016

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

[illegible]

CONSIDERANDO:

Que VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA identificado con Cedula de Ciudadanía No 52428564 expedida en BOGOTA D.C. [illegible] TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA [illegible] LA ESCUELA DE SALUD BAMEDA DE CALCUTA EN SOACHA CUNDINAMARCA, según ACTA GRADUAL No. C 639 ACTA REGIONAL No. 2 [illegible] DE FECHA 10 DE JUNIO DE 2016.

Que dicho certificado no autoriza ocupación, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°, de la Resolución 01311 de 1999.

Que acreditado la documentación presentada por el (la) solicitante, este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto, esta Dirección

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 52428564 expedida en BOGOTA D.C. [illegible] TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA, para ejercer en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Que el presente Reconocimiento no podrá ser inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (THUS).

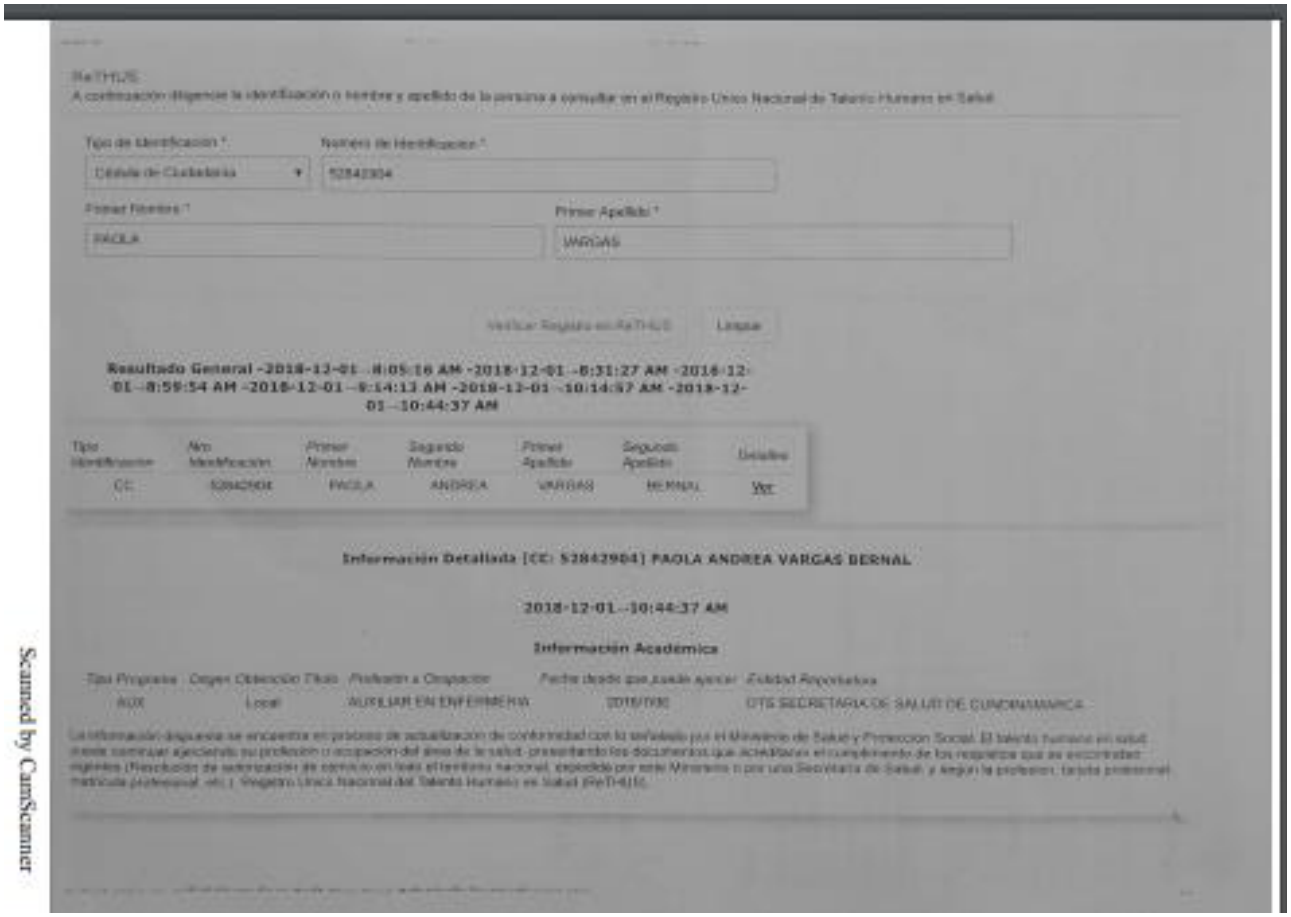
ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de Cundinamarca en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. el 06 DE JULIO DE 2016

DORIS E. RODRIGUEZ PEREZ
Directora de Desarrollo de Servicios

BOGOTA D.C. 20-07-2016
La Señora [illegible]
identificada con C.C. No. [illegible]
Firma [illegible]

Scanned by CamScanner



ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52842904

Primer Nombre *

PAOLA

Primer Apellido *

VARGAS

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-01--8:05:16 AM -2018-12-01--8:31:27 AM -2018-12-01--8:59:54 AM -2018-12-01--9:14:13 AM -2018-12-01--10:14:57 AM -2018-12-01--10:44:37 AM

Tipo Identificación	Nro Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52842904	PAOLA	ANDREA	VARGAS	BERNAL	Ver

Información Detallada [CC: 52842904] PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

2018-12-01--10:44:37 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016/1/30	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

La información siguiente 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 acrediten el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de servicio 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).

Scanned by CamScanner

152

Centro Oriente E.S.E

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIA EN LETRA LEGIBLE

52842904
Número de Documento

Segura Polanco
APE

Paola | Andrea | Liseth | Bibiana J
Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

24-01-1982 | Barrio Villa del Rio el 81 Bis 34 | 3197932439
F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo

Cruz Blanca | Proyectar | $
EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios

Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato

Andrea2592@hotmail.com
Correo Electrónico

3197932439
Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 83 Tel: 3666484

Scanned by CamScanner

DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

Fecha 02/01/2017
Hora 2:30:31 PM
Página 1 de 1

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE CC 53542904 PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

Información

Dirección CL 54 D 82 B 15 SUR
Teléfono 3954060
Dirección andrea23572@hotmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 02/01/2017
Solicitud Inscripción 23376115
Fecha Inicio Actividades 16/09/2016
Establecimientos 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

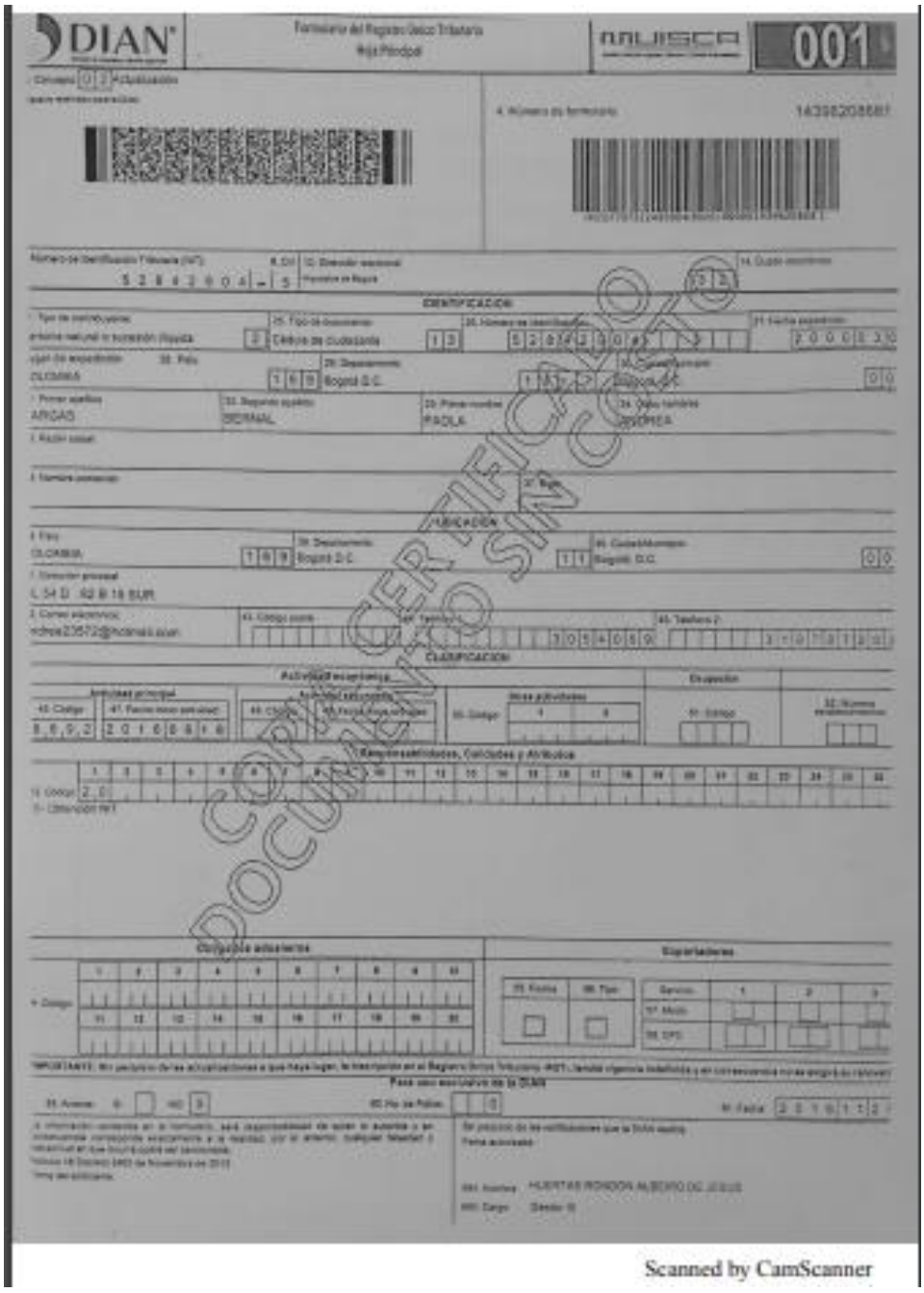
Actividad 1: 8621-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y ADMINISTRADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE
Actividad 2:
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

_____

#2 30 24 08 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

Hoja Principal

001

4. Número de formulario: 14398208681

Número de Identificación Tributaria (NIT): 52842004 - 5

IDENTIFICACIÓN

Tipo de contribuyente: persona natural o sucesión ilíquida

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de identificación: 52842004

Fecha expedición: 2000/03/30

País expedición: COLOMBIA

Departamento: Bogotá D.C.

Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.

Primer apellido: ARCAS

Segundo apellido: SERRANO

Primer nombre: PAOLA

Otros nombres: ANDREA

Razón social:

Nombre comercial:

Sigla:

UBICACIÓN

País: COLOMBIA

Departamento: Bogotá D.C.

Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.

Dirección principal: L 54 D 82 B 19 SUR

Correo electrónico: rolmar23572@hotmail.com

Teléfono 1: 3054089

Teléfono 2: 3107312

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal: 8892 — 2016/08/16

Actividad secundaria:

Otras actividades:

Ocupación:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

Código: 2, 0

Información exógena

Obligado aduanero

Exportadores

IMPORTANTE: Mi(nuestra) firma(s) autoriza(mos) a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tantas veces como sea necesario y en consecuencia no me asigne(n) otro número.

Para uso exclusivo de la DIAN

Anexos: SI [ ] NO [X]

No. de Folios:

Fecha: 2016/11/2

Firma autorizada

Nombre: HUERTAS RONDON ALBERTO DE JESUS

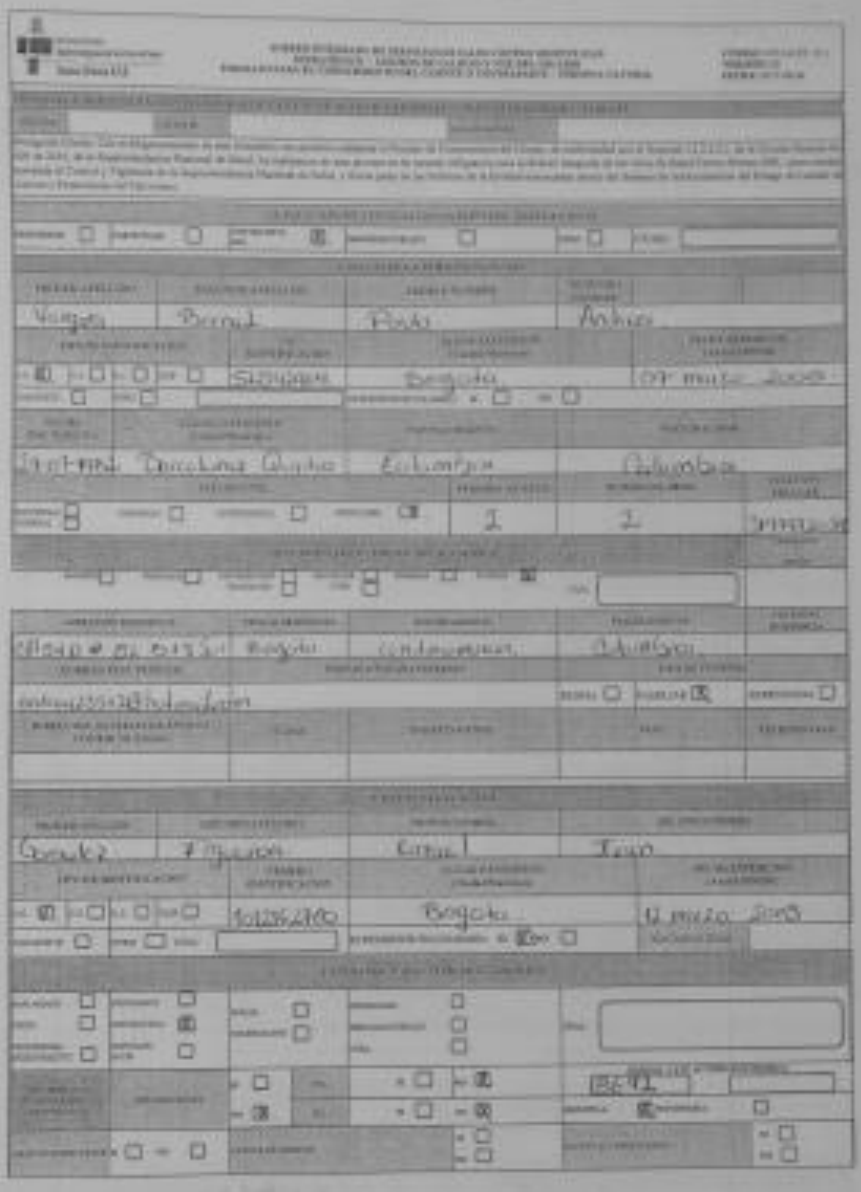
Cargo: Director G

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

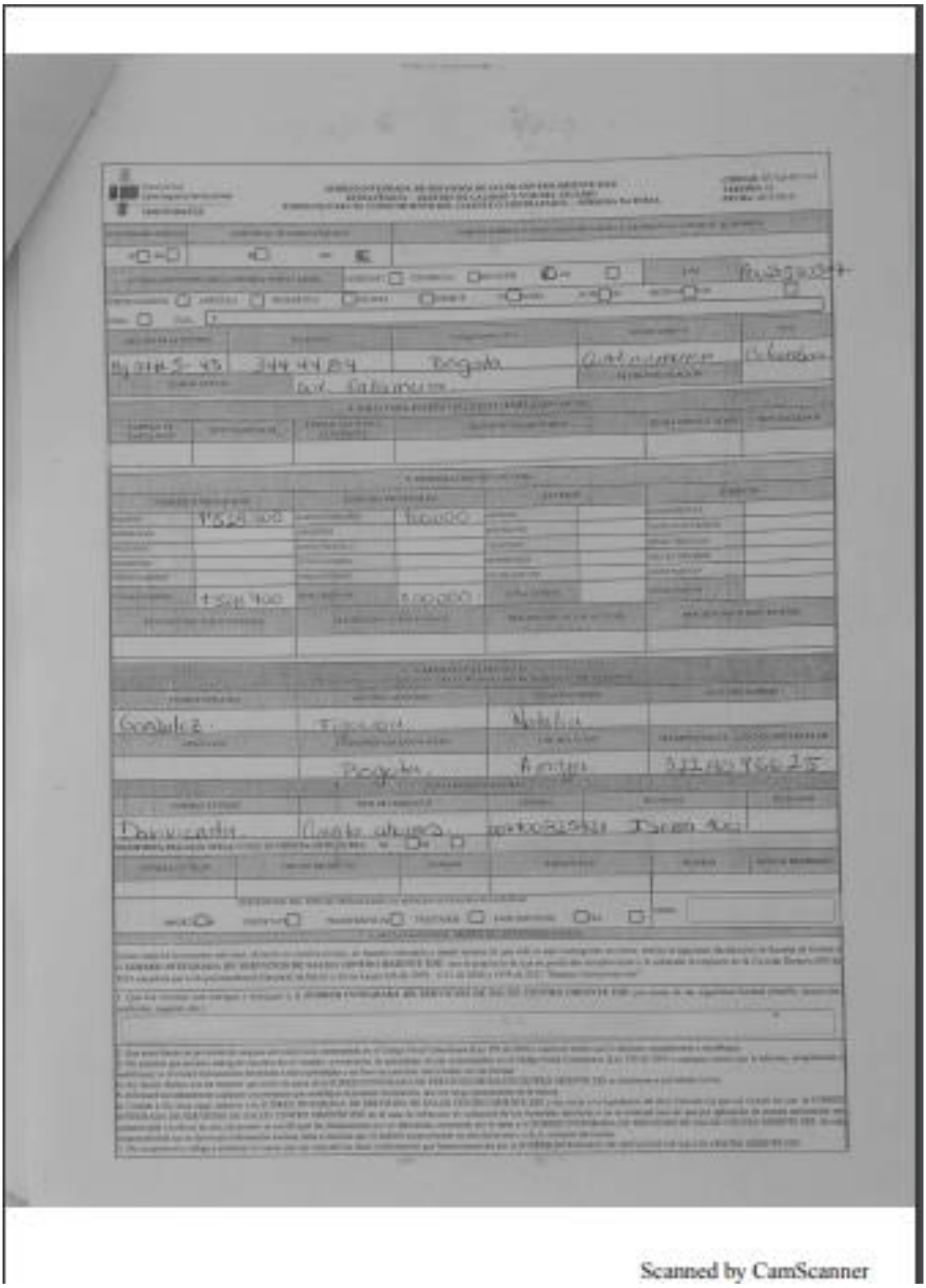
Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

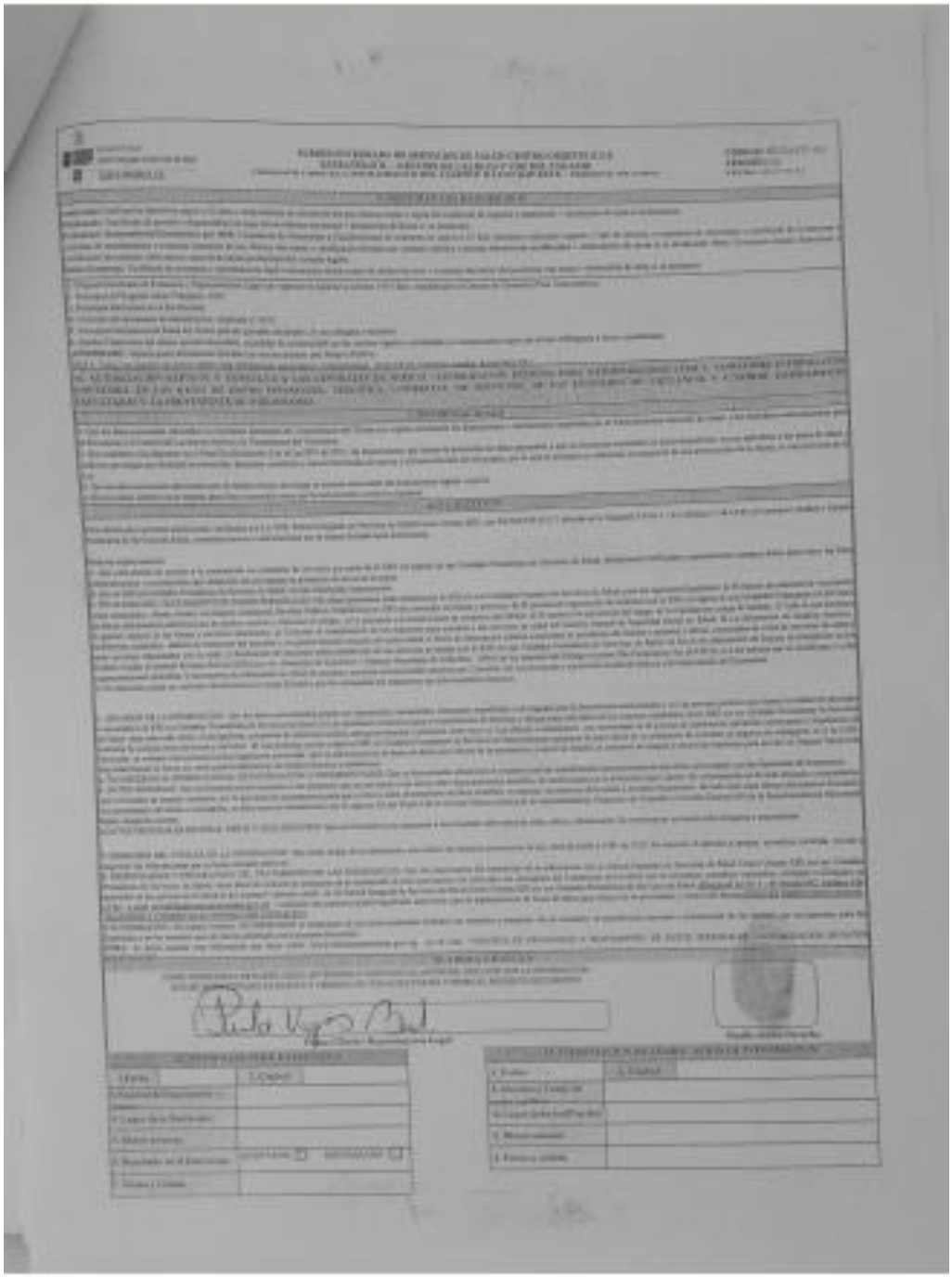
Item 29



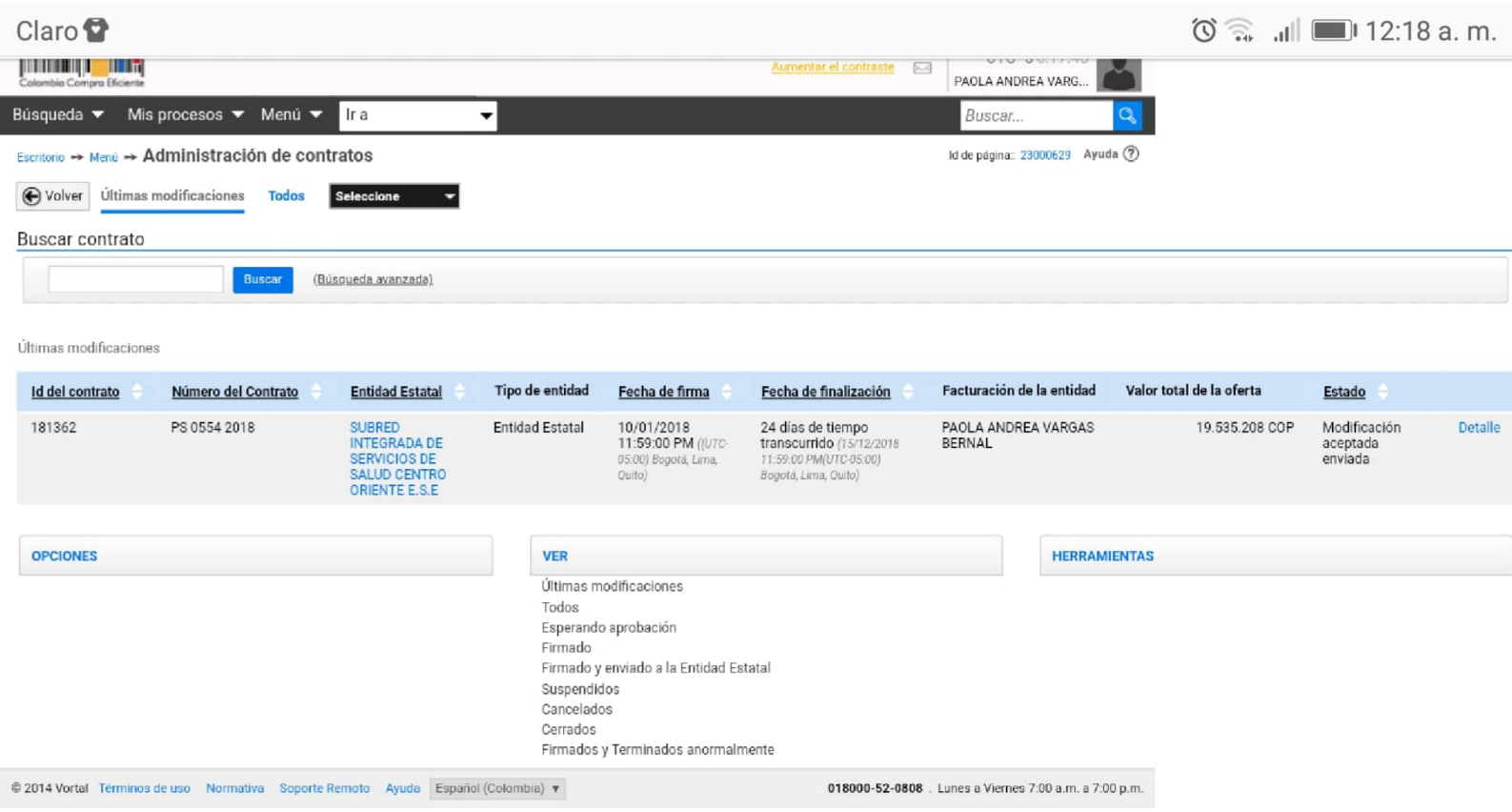
Scanned by CamScanner



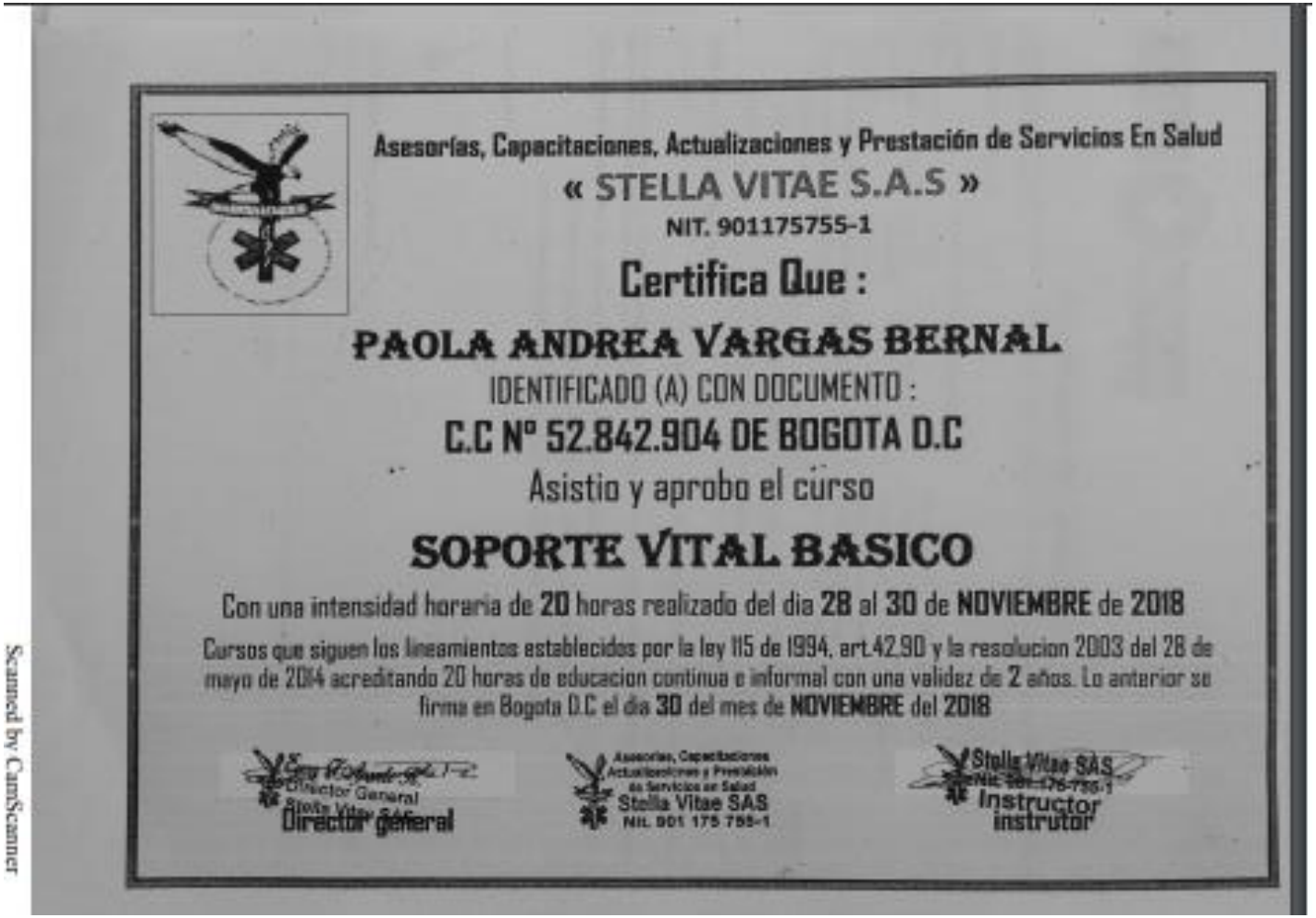
Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.C Nº 52.842.904 DE BOGOTA D.C

Asistio y aprobo el curso

SOPORTE VITAL BASICO

Con una intensidad horaria de **20** horas realizado del dia **28** al **30** de **NOVIEMBRE** de **2018**

Cursos que siguen los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, art.42.90 y la resolucion 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 20 horas de educacion continua e informal con una validez de **2** años. Lo anterior se firma en Bogota D.C el dia **30** del mes de **NOVIEMBRE** del **2018**

Director General
Stella Vitae SAS
Director general

Asesorías, Capacitaciones Actualizaciones y Prestación de Servicios en Salud
Stella Vitae SAS
NIT. 901 175 755-1

Stella Vitae SAS
NIT. 901-175-755-1
Instructor
instrutor

Scanned by CamScanner

MEDIEXPRESS IPS
Red Asistencial de Servicios en Salud

CERTIFICADO MEDICO

H.C. 52842904

Fecha: 04-enero-2017 8:55 am
Impresión: 04-enero-2017 9:02 am

Paciente: VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA Edad: 34 Años Sexo: F
Doc Iden.: CC52842904
Entidad: MEDIEXPRESS
Act. Económic: N/D
Empresa: N/D
Direccion: N/D
Adm. Salud: CRUZ BLANCA EPS S.A
Admin Riesgos: N/D

Estado: 2
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Teléfono: N/D Estado civil: UNION LIBRE
Apoyo Personal: N/D

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que VARGAS BERNAL PAOLA ANDREA identificada con documento de identidad CC 52842904 fue valorada en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

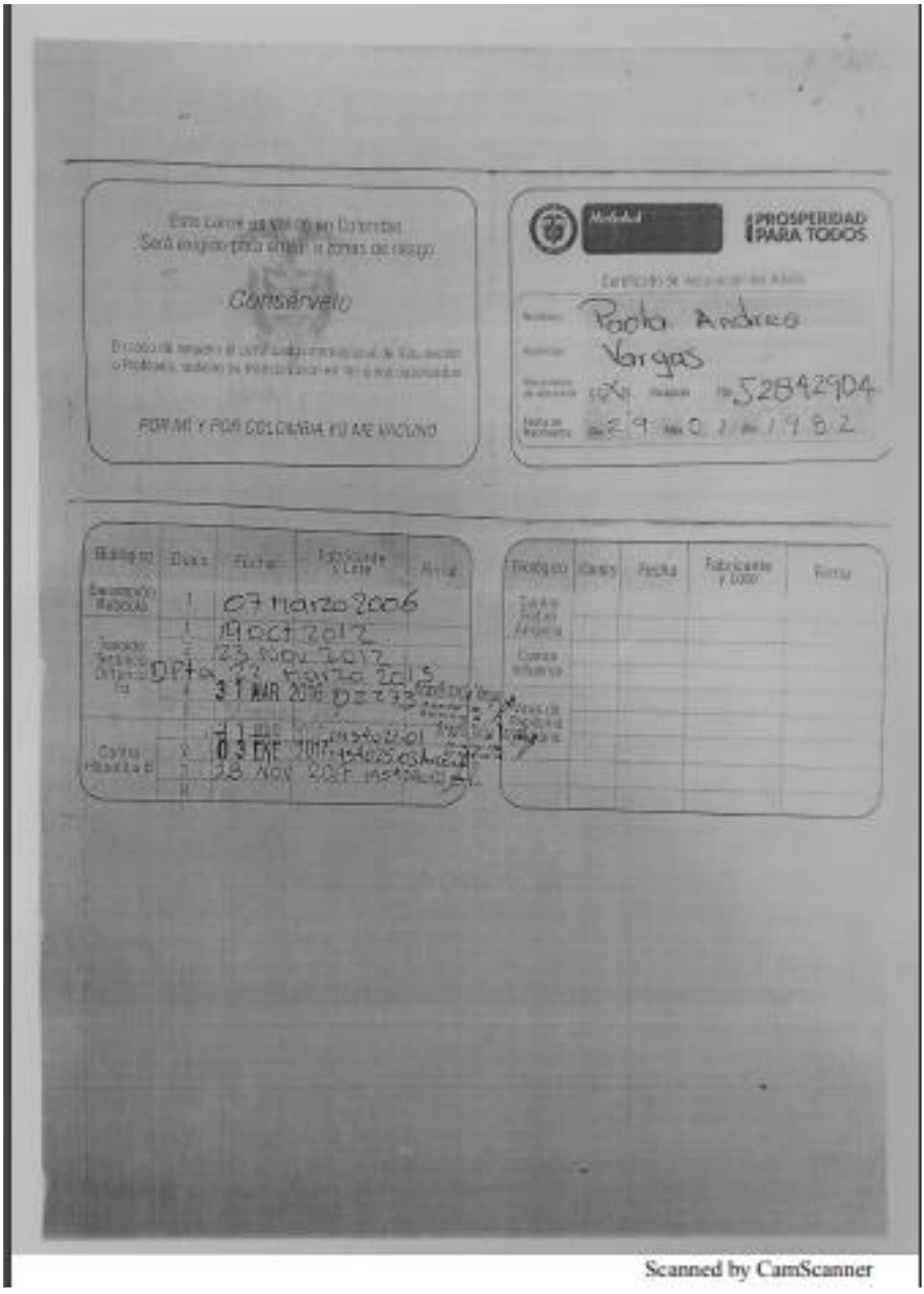
RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
CONTROL EPS, OPTOMETRIA, NUTRICIONISTA, MEDICINA INTERNA-ENDOCRINOLOGIA, MEDICINA VASCULAR CONTROL

Médico-Laborales:
EPP, ERGONOMIA, HIGIENE POSTURAL ANTIVARICES, PAUSAS ACTIVAS ARTICULARES, CORRECCION OPTICA, MEDIAS ANTIVARICES Y SEGUN RIESGO LABORAL

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SUGERIDOS:
- Visual
- Ergonómico

Medico(a): ROJANO VERGARA GIOVANNA PAOLA
Registro medico: 72340980
Licencia en Salud Ocupacional: 11421 de diciembre 20 2007

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Certificación

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

CERTIFICA A:

PAOLA ANDREA VARGAS BERNAL

C.C. 52842904

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

El presente se expide a los **Cuatro (4) días del mes de diciembre de 2018**

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Mónica Adriana Flórez Bonilla
Director Operativo – Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Centro Oriente E.S.E.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner