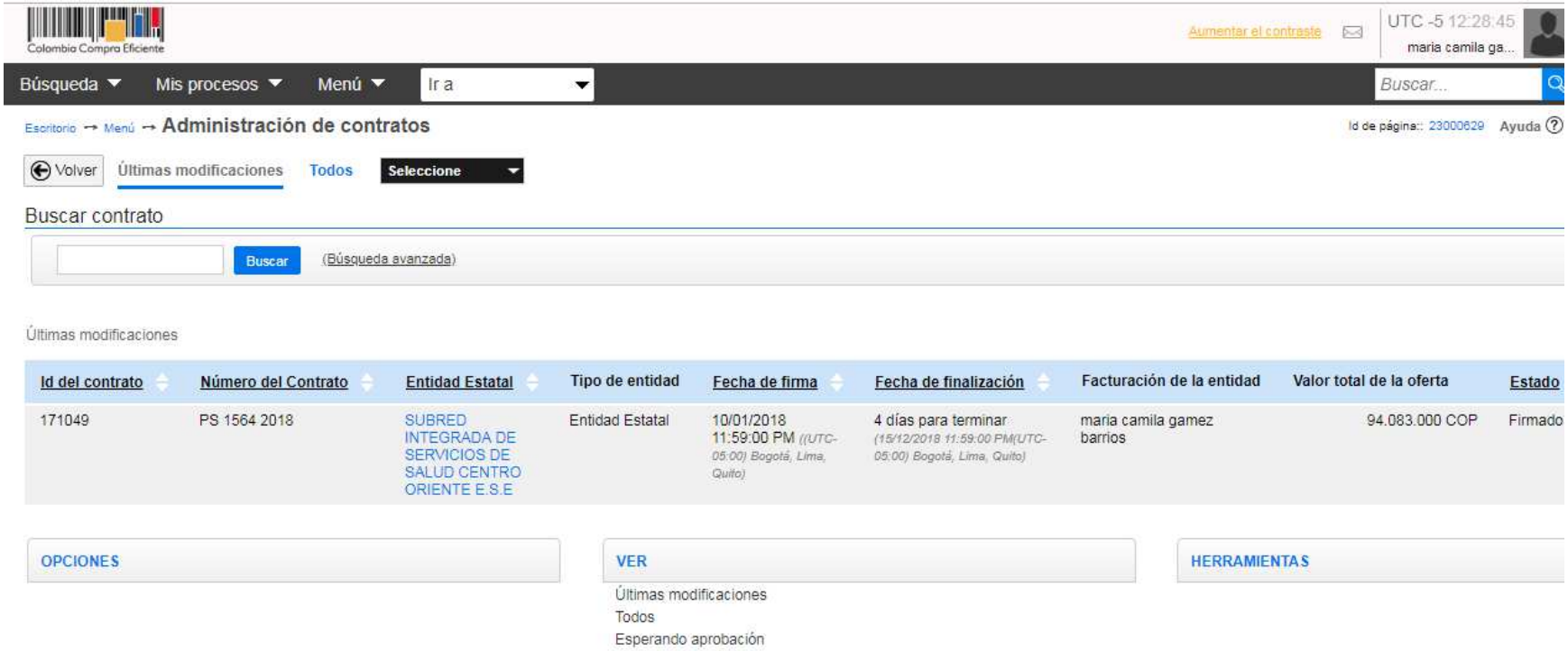

Dra. Maria Camila


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 12:28:45
maria camila ga...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Id de página:: 23000629
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
171049
PS 1564 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
10/01/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
4 días para terminar (15/12/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
maria camila gamez barrios
94.083.000 COP
Firmado
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
HERRAMIENTAS

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: 12-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GAMEZ	BARRIOS	MARIA CAMILA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1105682062

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES MAY AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Espinal

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

kr 21 numero 133-85 santa coloma

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3212025355

EMAIL cami27_91@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 ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES AGOSTO AÑO 2016
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	X		MEDICO GENERAL	12	2013	1105682062
UN	12	X		MEDICO			1105682062

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* atencion_usuario@esesantaclara.gov.co
TELÉFONOS 6482828	*FECHA DE INGRESO* DIA 17 MES 7 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* URGENCIAS		*DIRECCIÓN* KR 14 B NUMERO 1 45 SUR

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogota, Diciembre 18/18

Maria Camila Gomez Barros

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O 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: 12-dic-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 12-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1105682062 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección kr 21 numero 133-85 santa coloma **Teléfonos** 3212025355 3212025355

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GABRIEL PALACIO GAMEZ	1145928292	HIJO(A)

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 99.567.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 99.567.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BOGOTA	AHORROS	102661238	CENTRO	$ 1.000.000,00
bogota	AHORROS	102661238	centro	$ 1.987.500,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
GABRIEL PALACIO GAMEZ	COLEGIO	$ 10.000.000,00

Scanned with 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: 12-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Edna Paola Gómez Baos

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned with CamScanner

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

U.D.C.A

Personería Jurídica No. 7902 de mayo de 1983 Resolución No. 4773 del 27 de Diciembre de 2001 - Ministerio de Educación Nacional

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

María Camila Gómez Barrios

C. C. 1.105.682.062 de Espinal

Aprobó los Estudios Programados por la Universidad y cumplió los requisitos exigidos por los Estatutos y la Ley, para un Programa de Formación universitaria le confiere el título de:

Médico Cirujano

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

Bogotá, D.C., República de Colombia, Octubre 12 de 2013

Presidente

Rector

Decano

Secretario General

Diploma No. 5027
Registrado al Folio No. 106
Del Libro de Diplomas No. 2-106-7931-6
Folio 411-12/13

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

U.D.C.A

1983 2013

FACULTAD DE MEDICINA
ACTA DE GRADO
No. 8027
2-106-7931-G

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el 12 de Diciembre de 2013 , se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los Doctores Jaime Cadena Santos, Presidente, Germán Anzola Montero, Rector y Eliana Sánchez Saldarriaga, Secretaria General, en el cual la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. previo el juramento reglamentario, confirió el título de

MEDICO CIRUJANO

A: MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS

Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.105.682.062 de Espinal, cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 18 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Bogotá, el 12 de Diciembre de 2013.

Firmado por:

JAIME CADENA SANTOS
Presidente

ELIANA SANCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

ELIANA SANCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Universidad de ciencias aplicadas y ambientales UDCA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Maria camila Gomez Barrios 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:

Medico Cirujano
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Maria Camila Gomez Barrios

No. de documento: 1105682062

Tarjeta profesional No: 1105682062

Dirección de contacto: Kr 27 # 133-85

Teléfono: 3213025355

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS** Identificada con CC. Nº 1.105.682.062, Presta sus servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

AS 1736 2015	del	16 al 31 de julio de 2015
AS 1801 2015	del	01 al 31 de agosto 2015
AS 2341 2015	del	09 de septiembre al 31 de octubre 2015
AS 3237 2015	del	06 al 30 de noviembre 2015
AS 4093 2015	del	01 al 31 de diciembre 2015
AS 0462 2016	del	01 de enero de 2016 al 09 de enero de 2017
PS-1091-2017	del	10 de enero de 2017 EN EJECUCION

Con Orden de Prestación de Servicios vigente PS-1091-2017, plazo de ejecución del 10 de enero al 31 de marzo de 2017, honorarios promedio mensuales ($8.118.000).

OBJETO:

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN MEDICINA, 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

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado (a) a los diez (10) días, del mes de Marzo de 2017

Para mayor información favor dirigirse a la Carrera 5 # 33A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

HEYDE DEL CARMEN RODRIGUEZ PEREZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica
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 y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Oficina Jurídica- Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Joiro -Apoyo Administrativo OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.105.682.062**

GAMEZ BARRIOS

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1991**

ESPINAL
(TOLIMA)

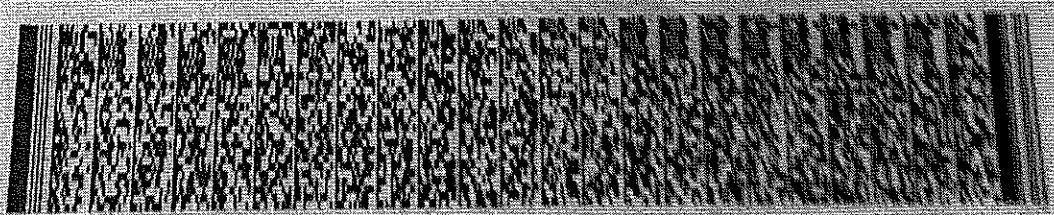
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

24-JUL-2009 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2904600-00333038-F-1105682062-20110912 0028013973A 1 35422663

Scanned by CamScanner

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14323876363

(415)7707212489984(8020) 000001432387636 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1105682062	4	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1105682062	2009 07 24

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Tolima 73	Espinal 268

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GAMEZ	BARRIOS	MARIA	CAMILA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 72 B 22 A 90 TO 1 AP 1203 BRR LA FELICIDAD

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
cami27_91@hotmail.com		3212025355	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8621	2014 07 01	0090	2014 07 01		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	20																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2015 01 08

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 TOVAR ROJAS ANGELICA MARIA
985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 30-06-2015
Hora: 8:17:40 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1105682062-4 MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS

Información

Dirección KR 72B 22A 90
Teléfonos 3212025355
Dirección cami27_91@hotmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 30/06/2015
Soporte Inscripción 16740434
Fecha Inicio Actividades 01/07/2014
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ HUMANA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Scanned by CamScanner

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS

C.C o C.E. **1105682062**

Profesión u Ocupación
MEDICO CIRUJANO
Especialidad

Institución de Educación
U.D.C.A.
Ciudad **BOGOTA D.C.**
Fecha de expedición diploma **12/12/2013**
Fecha de inscripción RETHUS **25/01/2016**



Código interno: CMC2016-4233

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301 info@colegiomedicocolombiano.org

003816

HOGER GARTNER & CIA. S.A. / ISO9001:2015

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No **8646** *de* **31/07/2015**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GAMEZ BARRIOS MARIA CAMILA identificado(a) con CC número 1105682062 expedida en ESPINAL ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO(A), según título que le otorgó UNIV. DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES UDCA el día 12/12/2013, acta de grado No.8027, Diploma No. 8027 y registrado en el libro 2 Folio 106 año 2013.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la)EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL localizada en Bogota D.C., durante el periodo comprendido entre 19/06/2014 y 20/06/2015.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;
Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a GAMEZ BARRIOS MARIA CAMILA identificado(a) con CC número *1105682062 expedida en ESPINAL para ejercer la profesión de MEDICO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.*

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

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los ***31/07/2015***

Isabel Cristina Artunduaga P.
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 19/10/2015
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Mayra Camila Gamez
CC.# 1105682062
Firma Mayra Camila Gamez B.

Proyectó : Daibeth Henriquez Iguaran
Revisó : Daniel Ortiz B./Carmen Rosa Gallego
Aprobó : Victor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 ICONTEC
NTCGP 1000 ICONTEC

BOGOTÁ HUMANA

Scanned by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *
Cédula de Ciudadanía	1105682062

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-014330

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.105.682.062 de ESPINAL TOLIMA T.P. o R.M. No. 1105682062 expedida por COLEGIO MEDICO, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Siete (07) días del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

F. Henao G.

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975 Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	19-4-84	012N9005	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5	6-1-14	024 B1007 D	
Contra Hepatitis B	1	6-1-14	032 Q50D2AE	
	2	30-2-14	032 Q50D2CE	
	3	8-8-14	032Q50D2BE	
	R	29-12-15	206 1034	

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

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: María Camila

Apellidos: Cante Barrios

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1105682062

Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 05 Año 1991

MARIA ISABEL ROMERO MARTINEZ
MD OCUPACIONAL RM 1435/13
UNIVERSIDAD DEL META

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA

Ciudad : Tauramena
Fecha del certificado: _06 de Febrero de 2017 _____
Certificado para: Ingreso X Reintegro___ Reubicación____

1. Datos de identificación del aspirante o servidor judicial:
Nombres: María Camila Apellidos: Gamez Barrios
Cédula de ciudadanía N° : __1.105.682.062 _____ de: Espinal - Tolima
Sexo: Femenino: __X__ Masculino: ___ Edad: __25___años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: Medico General

2. Concepto:
El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) __María I Romero Martínez, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:
Apto _X_ Apto con restricciones que no interfieren con su trabajo normal: ___ Apto con restricciones que limitan su trabajo normal ____ Aplazado ___ No Apto ____

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:
Para el trabajador: - Ejercicio Regular - Dieta balanceada - Control médico regular y a su especilidad. Para el área de trabajo: - Higiene Postural - Pausas Activas -Uso de Elementos de protección personal
4. Restricciones Médicas Ocupacionales:
Espacios Confinados.

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Dra. María Isabel Romero M.
Méd. Esp. Salud Ocupacional - Res. 1435/12
C.C. 1.121.822.000

Firma - Médico Ocupacional
L.S.O. N° 1435/2013

Firma Aspirante al cargo/ Servidor Judicial
c.c.

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA GAMES BARRIOS

C.C.: 1105682062

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

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

José Alfredo Morales Diaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

MARÍA CAMILA GAMEZ BARRIOS
C.C. 1.105.682.062

Cumplió Satisfactoriamente Con Los Lineamientos Y Actitudes
Del Curso Taller

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA
(SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (20 Horas.)

Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud
Licencia No 4461 De 29/04/2011.

FECHA DE REALIZACIÓN
10 DE FEBRERO DE 2018

FECHA DE VENCIMIENTO
10 DE FEBRERODE 2020

"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

MARÍA CAMILA GAMEZ BARRIOS
C.C. 1.105.682.062

Cumplió Satisfactoriamente Con los Lineamientos Y Actitudes
Del Curso Taller

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA
(SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO SVA ACLS) (48 Horas.)

Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud
Licencia No 4461 De 29/04/2011.

FECHA DE REALIZACIÓN
11 DE FEBRERO DE 2018

FECHA DE VENCIMIENTO
11 DE FEBRERO DE 2020

"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"

Scanned with 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

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

FECHA:	12/12/2018	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Bogota

Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las 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		
Cuma	Bunos	Nura		Camila	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C ☐	NUIP ☐	1105682062	Espinal - Tolima	24 julio 2009
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
22/08/1991	Espinal - Tolima	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☒	CASADO ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐		1	1	3217025355

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 22 d #72-91	Bogota	Bogota	Colombia	3217025355

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Cam27_91@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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☒ NO ☐	IVA	SI ☒	NO ☐		8621
		ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

Scanned with 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 ☒	Subred Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	VICIOS ☒	UD ☐	# NIT	900959517

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ T☐OLOGIA ☐ AL☐NTOS ☐ MEDIC☐VITOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 #5-93	2649666	Bogota	Bogota	Colombia
CARGO ACTUAL	Medico General		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		GASTOS FAMILIARES	3'000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	8'760.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	1'000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	800.000	VEHICULOS	90'000.000	DEUDA VEHICULOS	29'000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	1'000.000	PROPIEDADES	500'000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	300.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	8'760.000 $ 0	TOTAL EGRESOS	5'100.000 $ 0	TOTAL ACTIVOS	590000 0	TOTAL PASIVOS	30'000 $ 0

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sanchez	Camacho	Luz	Amparo
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 135 # 52 A 67	Bogota	Amiga	313 301 3064

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORT☐ON ☐ EXPORTA☐N ☐ TRANSFERENCI☐ ☐ 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 aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

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

Presto mis Servicios Como medico General

Scanned with CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 dias 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 ultimos tres meses + declaración de Renta si es declarante
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los ultimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante **Nota:** Si presenta estados financieros o certificacion 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 comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y 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 Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

Scanned with 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

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

Maria Camila Gomez Barros.

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 with CamScanner

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1105682062
NOMBRES Y APELLIDOS	Gamez Barrios,Maria Camila
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gamez Barrios,Maria Camila, a los 07 días del mes de diciembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



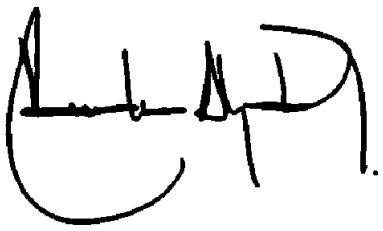
Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,105,682,062**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 07 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1105682062	Sura
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Maria	Camila	Gamez	Barros

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
27/05/1991	Espinal	Calle 22 d #72-41	2901122

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Sanitas	Porvenir	$ 8'100.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Medico General	

Correo Electrónico	Celular
Cami27_91@hotmail.com	3217025355

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
Maria Camila Gamez B.	

C.C.

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119089487

WEB
08:06:54

Bogotá DC, 12 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) MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1105682062:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 08:25:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1105682062
Código de Verificación	1105682062181212082510

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

MARÍA CAMILA GAMEZ BARRIOS
C.C. 1.105.682.062

Cumplió Satisfactoriamente Con Los Lineamientos Y Actitudes
Del Curso Taller

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA
(SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (20 Horas.)

Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud
Licencia No 4461 De 29/04/2011.

FECHA DE REALIZACIÓN
10 DE FEBRERO DE 2018

FECHA DE VENCIMIENTO
10 DE FEBRERODE 2020

"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

MARÍA CAMILA GAMEZ BARRIOS
C.C. 1.105.682.062

Cumplió Satisfactoriamente Con los Lineamientos Y Actitudes
Del Curso Taller

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA
(SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO SVA ACLS) (48 Horas.)

Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud
Licencia No 4461 De 29/04/2011.

FECHA DE REALIZACIÓN
11 DE FEBRERO DE 2018

FECHA DE VENCIMIENTO
11 DE FEBRERO DE 2020

"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"

Scanned with CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:22:23 horas del 12/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1105682062**

Apellidos y Nombres: **GAMEZ BARRIOS MARIA CAMILA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Scanned with CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2605726

Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 11:39 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) **MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL CIENTO CINCO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SESENTA Y DOS** de ESPINAL

1105682062

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_Y9M7K_3911
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned with CamScanner

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS identificado(a) con CC 1105682062 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 102661238 desde el 06 de agosto de 2015, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 11 de diciembre de 2018, a solicitud del interesado, con destino a SUBRED CENTRO ORIENTE ESE.

Atentamente,

Banco de Bogotá
OF. AVENIDA PRIMERA-102

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

Scanned with CamScanner