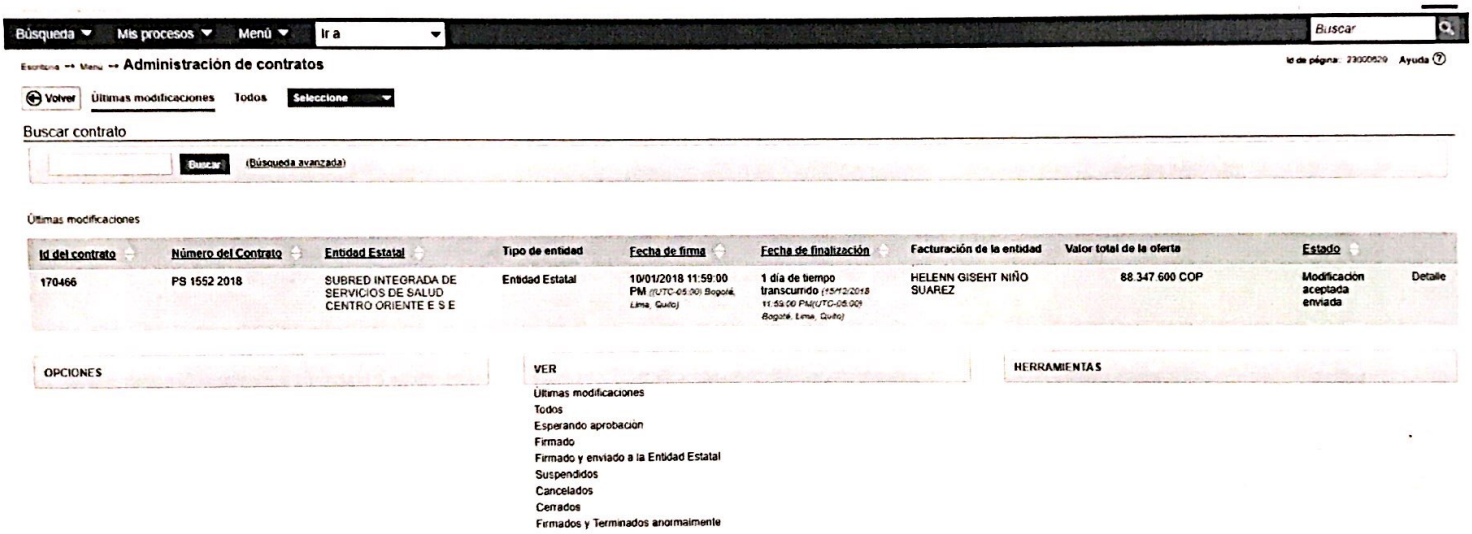


Scanned with CamScanner

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: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
NIÑO	SUAREZ	HELENN GISETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033715495

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 23 MES OCT AÑO 1989

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 10 A BIS # 80-18

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3134633119

EMAIL hellennio89@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 TECNICO EN COMERCIO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DICIEMBRE AÑO 2005

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	12	2013	

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

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA ESE III NIVEL	X		Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2464606	DIA 16 MES 6 AÑO 2015	DIA 6 MES 12 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL DE URGENCIAS	URGENCIAS	CRA 15 N 1 59 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAGRADO CORAZON ESE I NIVEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Caldas		hospitalnorcasia@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8554100	DIA 1 MES 1 AÑO 2014	DIA 31 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL DE URGENCIAS	URGENCIAS CONSULTA EXTERNA	la variante Norcasia Caldas

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	4	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	5

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).

Scanned with 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: 14-dic-2018

Bogotá, 14/12/18

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Helber Nieto Ibáñez

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.

Bogotá

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HELENN GISETH NIÑO SUAREZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1033715495 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 10 A BIS # 80-18 **Teléfonos** 3134633119 3134633119

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA INES SUAREZ ARANDA	51592648	MADRE
HUGO NIÑO CAMACHO	3231975	PADRE
LEIDY JADIBY NIÑO SUAREZ	53013878	HERMANO(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	$ 89.216.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 89.216.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	0274097161	HAYUELOS	$ 1.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ICETEX	CREDOTO EDUCATIVO	$ 30.000.000,00

Scanned with CamScanner

BANCO DE BOGOTA	CREDITO COMPRA VEHICULO	$ 33.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Helber Nino Suarez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned with CamScanner

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

U.D.C.A

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

Helenn Giseht Niño Suárez

C. C. 1.033.715.495 de Bogotá D.C.

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, Octbre. 12 de 2013

Presidente

Rector

Decano

Secretaria General

Diploma No. 5032
Registrado al Folio No. 104
Del Libro de Diplomas No. 2-106-99
Fecha 2013-12-18

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A

FACULTAD DE MEDICINA
ACTA DE GRADO
No. 8032
2-106-7936-N

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: HELENN GISETH NIÑO SUAREZ

Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.033.715.495 de Bogotá, D.C., 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

CAMPUS UNIVERSITARIO: Calle 222 No. 55 - 37 PBX: (57-1) 668 4700 FAX: (57-1) 676 1132
SEDE NORTE: Calle 72 No. 14 - 20 TELS.: 217 9345 - 345 0396
NIT.: 860.403.721-2 - www.udca.edu.co - Bogotá D.C. - Colombia

Bogotá D.C

Señores:

U.D.C.A

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Helen Nino Suarez 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:

Médico Cirujano

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Helen Nino Suarez.

No. de documento: 1033715495

Tarjeta profesional No: 1789 / 2015

Dirección de contacto: cll 10a 61 # 80-18.

Teléfono: 3134633179

Scanned with CamScanner

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

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 HELENN GISEHT NIÑO SUAREZ, Identificada con CC. No. 1033715495 presta sus servicios en la USS Santa Clara, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

No. CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C/TO
AS 1625 2015	19/06/2016	360/06/2016	$ 2.824.416
AS 1661 2015	02/07/2015	31/08/2015	$ 13.808.256
AS 2360 2015	07/09/2015	30/09/2015	$ 7.800.000
AS 2901 2015	14/10/2016	31/10/2016	$ 7.800.000
AS 3282 2015	06/11/2016	30/11/2016	$ 6.876.720
AS 4136 2015	01/12/2015	31/12/2015	$ 3.510.000
AS 0464 2016	01/01/2016	09/01/2017	$ 91.228.200
PS-1069-2017	10/01/2017	31/03/2017	$ 24.948.000

Contrato AD 1625-2015 al AS0464-2015

OBJETO
MEDICO GENERAL URGENCIAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS
1. Realizar las acciones médicas necesarias para el mejoramiento de la salud de los pacientes. 2. Velar por el óptimo suministro y acceso al oxígeno de los pacientes oxigeno - dependientes que lo requieran. 3. Registrar en la historia clínica todas las acciones relativas al cuidado del enfermo para dejar constancia científica y legal de lo actuado. 4. Evaluar el resultado de las acciones médicas tomadas durante el servicio con el fin de ajustar las conductas. 5. Establecer las medidas necesarias para brindar una atención con calidad permitiendo dar solución a las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al paciente integrando a las diferentes especialidades médico quirúrgicas. 6. Realizar análisis de morbi–mortalidad y auditoria que promuevan procesos de mejoramiento continuo. 7. Socializar y mantener actualizados las guías de manejo, procesos y procedimientos para unificar criterios en el manejo del paciente. 8. Realizar registros e informes estadísticos de las novedades o actividades realizadas con el fin de evaluar el comportamiento poblacional de la demanda del Hospital.

Contrato PS-1069-2017

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS
1. Realizar examen, evaluación, diagnóstico y tratamiento médico de los pacientes que requieran la atención.
2. Diligenciar en forma adecuada la historia clínica y toda la documentación requerida para la atención eficaz

del paciente de acuerdo a la resolución 1995 de 1999 y anexos reglamentarios. 3. Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los pacientes bajo su cuidado. 4. Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese. 5. Concertar agendas de acuerdo al número de horas solicitadas en la Orden de prestación de servicios. 6. Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades. 7. Participar en la política de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos. 8. Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población e informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria al igual que los eventos adversos. 9. Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos a su cargo. 10. Participar en investigaciones de tipo aplicado, tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la población. 11. Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la prestación del servicio. 12. Cumplir con las agendas programadas por el coordinador del servicio. 13. Ejercer la auditoría médica cuando sea asignado para ello. 14. Asistir a las reuniones funcionales del servicio. 15. Mantener la reserva de la información. 16. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades. 17. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 18. Realizar informe de actividades finales para ser entregado y aprobado tanto por el supervisor como por el interventor.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, a los once (11) días, del mes de Enero de 2017.

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la Carrera 12 d No. 26 a – 62 Sur, 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: Isabel Jiménez – Técnico Administrativo Oficina de Contratación OPS

REPUBLICA DE COLOM
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.715.495**

NIÑO SUAREZ

APELLIDOS

HELENN GISEHT

NOMBRES

Helen Niño Suárez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-NOV-2007 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00442587-F-1033715495-20130624 **0033**621578A 1 1232420510

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14268559911

(415)7707212489984(8020) 000001426855991 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1033715495	2	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	1033715495	2007 11 14

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NIÑO	SUAREZ	HELENN	GISEHT

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: CR 80 F 10 D 21

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
hellenio89@hotmail.com		3134633119	

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
8621	2013 12 26						

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
20																	

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2013 12 26

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante: Hellen Niño Suarez

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: NUÑEZ DIAZ MARLENNY

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 26-12-2013 02:16:39PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 23-08-2016
Hora: 3:46:57 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1033715495-2 HELENN GISEHT NIÑO SUAREZ

Información General

Dirección KR 80F 10D 21

Teléfonos 3134633119

Dirección electrónica hellenio89@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 23/08/2016

Soporte Inscripción 21735614

Fecha Inicio Actividades 26/12/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001084582

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

17 89/2015
Registro No.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

HELENN GISEHT NIÑO SUAREZ

C.C. o C.E.

1033715495

Institución de Educación

U.D.C.A.

Ciudad

BOGOTÁ, D.C.

Código

89704/11

Fecha de Expedición

29/07/2015

Scanned by CamScanner

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS



RESOLUCIÓN No. 17-003-0089-15

POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

EL SUBDIRECTOR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS, en cumplimiento al Decreto No. 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, Resolución 8211 del 15 de junio de 1989, Ley 1164/2007, Resoluciones 1058/2010 – 274/2011, y según delegación de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, otorgada mediante Resolución 1273 del 12 de septiembre de 2013.

C O N S I D E R A N D O

Que **HELEN GISEHT NIÑO SUAREZ,** cédula **1033715495,** ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como **MÉDICO CIRUJANO,** título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES "U.D.C.A" BOGOTÁ, D.C.,** mediante **Acta de Grado 8032 2-106-7936-N del 12 de diciembre de 2013**

Que **HELEN GISEHT NIÑO SUAREZ,** cédula **1033715495,** prestó el Servicio Social Obligatorio **(S.S.O),** en **LA E.S.E. DEPARTAMENTAL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE NORCASIA, CALDAS, plaza aprobada por el Ministerio de Salud código 1749500887011-1,** desde el 01 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014, de acuerdo a constancia firmada por el Gerente de la Entidad.

En consecuencia,

R E S U E L V E

ARTÍCULO ÚNICO: Autorizar a **HELEN GISEHT NIÑO SUAREZ,** cédula **1033715495,** para el ejercicio profesional como **MÉDICO CIRUJANO,** título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES "U.D.C.A" BOGOTÁ, D.C.,** en el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Manizales, a los 06 días del mes de abril de 2015

NORBERTO LUIS SEPULVEDA ANDRADE
Subdirector Prestación de Servicios

Elaboró: Beatriz Helena García Henao

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 *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1033715495

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-013970

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) **HELENN GISEHT NIÑO SUAREZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.033.715.495 de BOGOTA T.P. o R.M. No. 1789/2015 expedida por BOGOTA, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Tres (03) 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

RESULTADOS
DE EXÁMENES

INSTITUTO DE REFERENCIA ANDINO | SYNLAB SOLUTIONS IN DIAGNOSTICS

Remite: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. -**
Paciente: **NIÑO SUAREZ, HELEN GISETH**
Código IRA: I01475798
Identificación: 1033715495
Sexo: F
Médico:

Origen: BOGOTÁ
Edad: 29 Años
Fecha de Recibo: 23/01/2019
Fecha Validación Final: 25/01/2019 12:22:18 p.m.
Código Cliente: SANTA CLARA

Parámetro	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
Inmunología Infecciosa			
Hepatitis B (Anti-HBs), Anticuerpos de Superficie	**92.50**	mUI/mL	Mayor o igual a 10 Según recomendación de la Organización Mundial de la Salud, una concentración de anti-HBs mayor o igual a 10 mUI/ml se considera protección frente a una infección por el virus de la hepatitis B.

Técnica: Inmunoensayo Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)
Prueba procesada en: Central de Procesos UT Siplas

Iván Leonardo Mojica F. MD, MBA
Gerente General
Registro No. 7361/2008

Validado Por:
Piedad C. Ramirez R.
T. P. # 52.051.863

SYNLAB Colombia Oficina Centro - Dirección: Calle 13 # 60-49/61, Piso 3 +57 1 2900077 - Bogotá D.C Colombia www.iralabs.com / www.synlab.com
Este laboratorio dispone de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015, certificado por ICONTEC

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

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Bogota D.C
Fecha del certificado: 03 de Enero de 2018
Certificado para: Ingreso: Reintegro: _X_ Reubicación:

1. Datos de identificación del aspirante o servidor judicial:
Nombres: Hellen Giseht Apellidos: Niño Suarez Cédula de ciudadanía N° : __1033715495_____ de: Bogota____ Sexo: Femenino: X Masculino: Edad: __28___años Cargo al que aspira / en el que se desempeña: Médica general - urgencias___

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 dempeño 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 - Para el área de trabajo: - Higiene Postural - Pausas Activas -Uso de Elementos de protección personal
4. Restricciones Médicas Ocupacionales:
No tiene

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

Dra. María I. Romero 1967/12 UCC META

Firma - Médico Ocupacional
L.S.O. Nº 1435

Firma Aspirante al cargo/ Servidor Judicial
c.c.

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:

HELEN NIÑO SUÁREZ

C.C.: 1033715495

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

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado 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

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

HELEN GISEHT NIÑO SUAREZ

C.C. 1.033.715.495

Cumplió Satisfactoriamente Con Los Lineamientos Y Actitudes
Del Curso Taller

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA
(SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (24 Horas.)

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

FECHA DE REALIZACIÓN
18 DE NOVIEMBRE DE 2017

FECHA DE VENCIMIENTO
18 DE NOVIEMBRE DE 2019

"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

HELEN GISEHT NIÑO SUAREZ

C.C. 1.033.715.495

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
19 DE NOVIEMBRE DE 2017

FECHA DE VENCIMIENTO
19 DE NOVIEMBRE DE 2019

"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"

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
ESTRATEGICO - 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: 14/12/18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca.

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Niño	Suárez	Hellen	Gisela

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒ C.E ☐ R.C ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	1033715495	Bogotá	2007/11/14

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
23/12/89	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	3134633449

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cll 10 a bis # 80-18	Bogotá	Cundinamarca.	Colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
hellenni084@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	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	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	# NIT	900954051-7

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ VICIOS ☐ UD ☐

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ INANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ T☐OLOGIA ☐ AL☐NTOS ☐ MEDIC☐NTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 34 #5-43	3649666	Bogotá	Cundinamarca	Colombia.
CARGO ACTUAL	Médico		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	500.000	AHORROS	8'000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	6'500.000	ARRIENDOS	700.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	750.000	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	25'750.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	30'000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	6'500.000	TOTAL EGRESOS	1'450.000	TOTAL ACTIVOS	8'000.000	TOTAL PASIVOS	55'750.000 $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
Velasco	Aranda	Heleon	Javier
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cll 50 sur # 26-18	Bogotá / cundinamarca	Amigo	3013155257

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogotá	cuenta de ahorros.	214097169	Hayuelos.	

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☐ ☐ 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.):

Medico SOAT

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 surlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*

9.AUTORIZACION De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y 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

Helen Nino Sanchez

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

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

1033715495	SEGUROS BOLIVAR.
Numero de Documento	ARL

HELENN	GISETH	NIÑO	SUAREZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

23/10/1989	BOGOTÁ	cll 10da bis #80-18	3134633179
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Porvenir	$ 6'000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

médico general.	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

hellenniga@hotmail.com	3134633179.
Correo Electrónico	Celular

Helen Niño Suarez	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 1022365316

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

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) HELENN GISEHT NIÑO SUAREZ Identificado(a) con cedula ciudadania 1.033.715.495 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED CENTRO ORIENTE

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10552920

CER-AFI

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

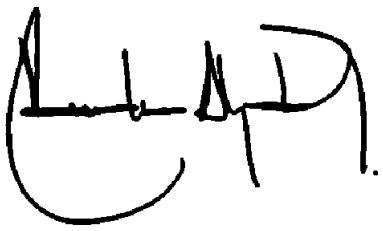
Scanned with CamScanner

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **HELENN GISEHT NIÑO SUAREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,033,715,495**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:37:14 horas del 12/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1033715495**

Apellidos y Nombres: **NIÑO SUAREZ HELENN GISEHT**

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.

Volver al Inicio

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118908785

WEB
16:43:48

Bogotá DC, 06 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) HELENN GISEHT NIÑO SUAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033715495:

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 jueves 06 de diciembre de 2018, a las 16:42:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033715495
Código de Verificación	1033715495181206164227

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2593322

Bogotá D.C., 6 de Diciembre de 2018 - 16:45 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO**

1033715495

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_EUKJ8_4516
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NIÑO SUAREZ,HELENN GISEHT, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.033.715.495 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 274097161, abierta/o desde el 01/07/2014.

Se expide en Bogota el día 13 del mes de Diciembre del año 2018

Firma Autorizada

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

Scanned with CamScanner