Información del usuario

Género
Cargo
Título
Nombre completo
Nombre y apellido Gladys Isabel Guerrero Girón
Código del empleado
Tipo de documento
Número de identificación
Fecha de emisión
Expedido por
Fecha de expiración
Dirección
Código postal
Estado
Municipio
País COLOMBIA
Correo electrónicopedgladysg@gmail.com
Teléfono
Celular 3108787934
Número de fax

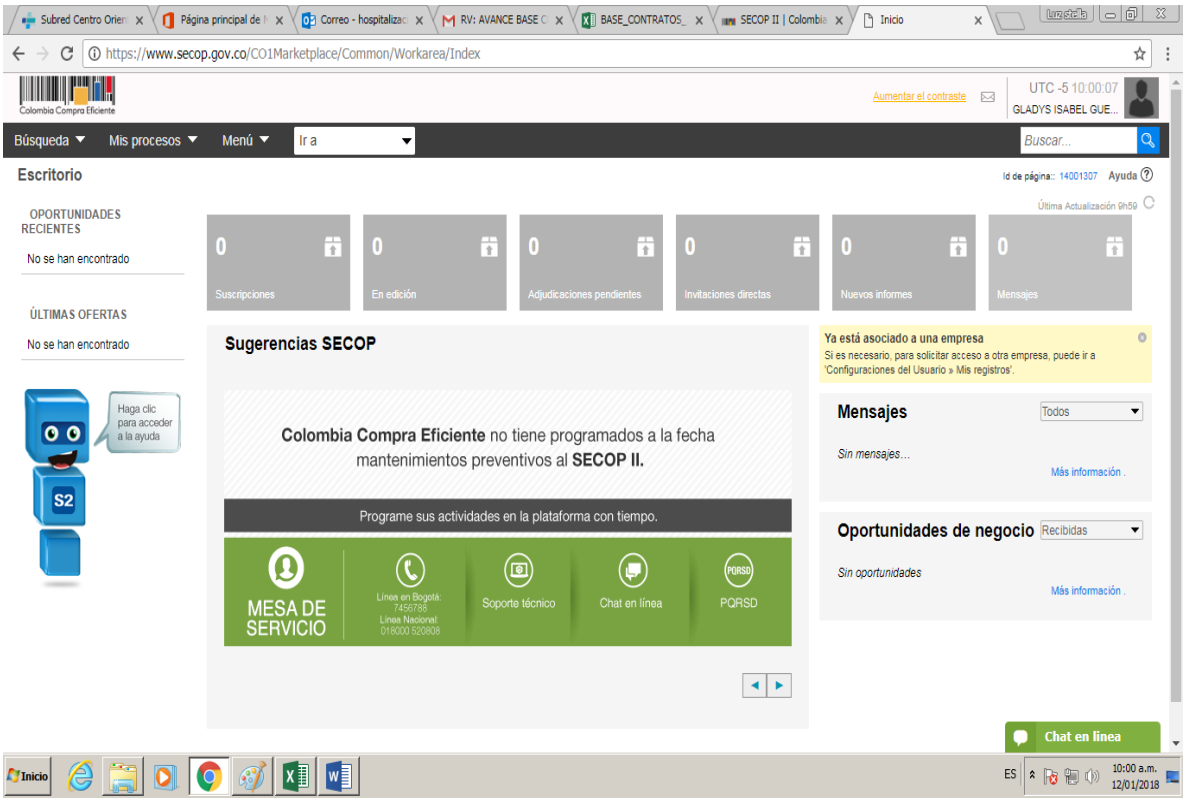


Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	eduardo
Celular	3108787934


Subred Centro Orien
Página principal de I
Correo - hospitaliza
RV: AVANCE BASE C
BASE_CONTRATOS_
SECOP II | Colombia
Inicio
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Common/Workarea/Index
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:00:07
GLADYS ISABEL GUE...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página:: 14001307
Ayuda
Última Actualización 9h59
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
0
Suscripciones
0
En edición
0
Adjudicaciones pendientes
0
Invitaciones directas
0
Nuevos informes
0
Mensajes
Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al SECOP II.
Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.
MESA DE SERVICIO
Línea en Bogotá: 7456788
Línea Nacional: 018000 520808
Soporte técnico
Chat en línea
PQRSD
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .
Chat en línea
Inicio
ES
10:00 a.m.
12/01/2018

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: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GUERRERO	GIRON	GLADYS ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52084428

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES ENE AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Valle del Cauca

CIUDAD Cali

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 160 # 72-51 torre 2 apartamento 202 picasso

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7261489

EMAIL pedgladysg@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1989
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	8	X		ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	11	2004	500090
UN	12	X		MEDICO(A) CIRUJANO(A)	11	1995	500090

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-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 MILITAR CENTRAL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3486868	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 2 AÑO 2001		*FECHA DE RETIRO* DIA 19 MES 3 AÑO 2004
CARGO O CONTRATO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS		*DIRECCIÓN* TV. 3 # 49-02

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	5	4
PRIVADO	9	7
PARTICULAR	0	0
TOTAL	14	12

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).

Bogotá, 17 Dic 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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: 13-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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52084428 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle 160 # 72-51 torre 2 apartamento 202 picasso **Teléfonos** 3108787934 7261489

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS ALVARO GUERRERO ORDOÑEZ	12955209	PADRE
GLADYS CECILIA GIRON LOPEZ	21238003	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 211.727.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 211.727.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	004200110395	MULTIDRIVE	$ 0,00

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

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: 13-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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Universidad Militar "Nueva Granada"

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional, y en consideración a que

Gladys Isabel Guerrero Girón

C.C. 52.084.428 Expedida en Santafé de Bogotá D.C.

Ha cumplido en

Hospital Militar Central

Con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en

Pediatría

Bogotá, D.C., 30 de Julio de 2004.

Rector

Director

Vicerrector Académico

Jefe Educación Médica

Decano Facultad

Jefe División Registro Académico

Acta de Postgrado No. PG-3413-UMNG Registro No. PG-4563

Registro Oficial
Anotado al folio 5389 del libro 04
Bogotá, D.C., Día 02 Mes 08 Año 2004

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médica Cirujana

A

Gladys Isabel Guerrero Girón

C.C. No. 52.084.428 EXPEDIDA EN Bogotá D. E.

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Santafé de Bogotá D. C. Diciembre 21 DE 1995

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO GENERAL

GOBERNACION DEL META
Departamento Administrativo de S...
Unidad de Control, Inspección y Vi...
Encontrado este título para todos los efectos ADMINISTRATIVOS
Ciudad Villavicencio 12 de 1997
Resolución No. 58-0090
Firma

REGISTRADO AL FOLIO 208 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 54 N
DE LA SEDE O FACULTAD DE Medicina

0048756

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA"
Resolución Nº 12975 de Julio 23 de 1982 Ministerio de Educación Nacional

Nº 0029196

ACTA DE POST-GRADO Nº PG-3413-UMNG
ACTA Nº 658/2004 H.M.C. – D.E.M.

En Bogotá, D.C., a los Treinta (30) días del mes de Julio del año Dos Mil Cuatro (2004) se reunieron los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad: señor Brigadier General **ADOLFO CLAVIJO ARDILA**, Rector; **MAURICIO GONZALEZ MEDINA**, Vicerrector Académico; Coronel Médico **JUAN MIGUEL ESTRADA GRUESO**, Decano de la Facultad de Medicina. Por parte del Hospital Militar Central: Coronel® Médico **RAFAEL A. REYES RODRÍGUEZ**, Director y la Doctora **MARITZA SANCHEZ RAMÍREZ**, Jefe División de Educación e Investigación Científica, con el objeto de estudiar los resultados académicos de una Residente que adelantó sus estudios de Educación Avanzada y otorgar a la misma el título de **ESPECIALISTA**. Para efecto se procedió como a continuación se indica.

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 8, 10, 24, 25, 28 y 137 de la Ley 30 de 1992, artículo 2º. y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980; artículo 1º del Decreto 2273 de 1985; Resolución 12975 de 1985 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdos Nº 129 y 312 de 1984 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior – ICFES y la Resolución 399 del 06 de octubre de 1993 de la Universidad Militar Nueva Granada.

OTORGAMIENTO DE TITULOS

La Rectoría de la Universidad Militar teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Registro Académico por intermedio de su Jefe y el Hospital Militar Central por intermedio de su Director, han informado que la Profesional **GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON**, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 52.084.428 de Santafé de Bogotá D.C., ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Hospital Militar Central y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**, quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro **PG-4563.**

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto Nº 2725 del 10 de octubre de 1980 firman al respaldo los que en ella intervinieron.

Doctora **MARITZA SANCHEZ RAMIREZ**
Jefe División de Educación e Investigación Científica
Hospital Militar Central

Siguen firmas al respaldo.....

Coronel® Médico **RAFAEL A. REYES RODRÍGUEZ**
Director del Hospital Militar Central

Coronel Médico **JUAN MIGUEL ESTRADA GRUESO**
Decano Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

MAURICIO GONZÁLEZ MEDINA
Vicerrector Académico

Brigadier General **ADOLFO CLAVIJO ARDILA**
Rector

REFRENDA EL ACTA Nº PG-3413-UMNG:

Coronel **BARONIO JIMÉNEZ ACOSTA**
Jefe Div. Admisiones, Registro y Control Académico

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE
Medicina
ACTA DE GRADO NUMERO 8028

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESION DEL DIA 29 DE Noviembre DE 1995

ACTA No. 48 CONSIDERANDO QUE:

Gladys Isabel Guerrero Girón

C.C. No. 52.084.428 de Bogotá D.E.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

Médica - Cirujana

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 208 L. 54 R

ACUERDO NUMERO 156 DE 1980 - CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Stafé de Bté A LOS 21 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 1995

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

12

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

c.c. 52.084.428

ASISTIO AL CURSO

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES: 2003/2014, 459/2012, Y LAS LEYES: 1146/2007, 1257/2008. A NIVEL NACIONAL PARA TODO EL PERSONAL DE LA SALUD

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 9 días del mes de Marzo de 2017.

Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634
www.capacitacionessos.com

David Londoño
Sub Dirección Académica

Salamandra®

Organización Internacional en Gestión del Conocimiento

Otorga la presente

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

del entrenamiento

"PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT"

(Soporte Vital Avanzado Pediátrico)

A

Gladys Isabel Guerrero Giron

Con cédula de ciudadanía 52084428

Realizado en la ciudad de Bogotá, los días 16 y 17 de Noviembre de 2013

a través de la Fundación Salamandra.

Entrenamiento que sigue los lineamientos establecidos por la *American Heart Association*.

Acredita 16 horas de Educación Continua.

La presente constancia tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición.

Constancia registrada con el No. C-PAL07620132007

Dr. [illegible]

Instructor

AHA

Director

American Heart Association *Learn and Live*

AUTHORIZED TRAINING CENTER

16

PFCCS
Pediatric Fundamental Critical Care Support

Society of Critical Care Medic

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO

CERTIFICA QUE

GLADYS ISABEL GUERRERO GIRÓN

Asistió al **CURSO FUNDAMENTOS PARA EL SOPORTE EN CUIDADO CRÍTICO PEDIÁTRICO, PFCCS**; realizado los días 4 y 5 de diciembre de 2015 en la ciudad de Bogotá. Aprobado y certificado por la SCCM.

MARÍA PIEDAD SARMIENTO G., MD
DIRECTORA CURSO
ASOCIACIÓN DE MEDICINA CRÍTICA

MAURICIO FERNÁNDEZ, MD
INSTRUCTOR CURSO
ASOCIACIÓN DE MEDICINA CRÍTICA

Pediatric Fundamental Critical Care Support
Certificate of Successful Completion

awarded to

Gladys Isabel Guerrero Girón

in Recognition of successful completion of the Fundamental Critical Care Support Provider Course

presented by

Society of Critical Care Medicine

December 5, 2015

PFCCS
Pediatric Fundamental Critical Care Support

Karl L. Serrao, MD, FCCM
Chair, PFCCS Steering Committee

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE INCORPORATED MAR. 23. 1979 CALIFORNIA

Certificate #: 140245-06404E

THIS DOCUMENT HAS VARIOUS SECURITY FEATURES INCLUDING COLORED BACKGROUND, MICROPRINTING & WATERMARK

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA, ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA Y LA DIVISIÓN DE EDUCACION CONTINUADA

Certifica que:

Gladys Isabel Guerrero Giron.

ASISTIÓ AL "IX SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGÍA "ÁNGELA HOYOS"
XIX JORNADAS PEDIATRICAS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Bogotá D.C., 09, 10,11 y 12 de marzo 2016

Dr. Nicolás Ramos Rodríguez
Director IX Simposio Internacional De Neonatología
Universidad El Bosque

Ma. del Rosario Bozón

Dra. Maria del Rosario Bozón González
Directora División Educación Continuada
Universidad El Bosque

Fundación INSIMED
Instituto de Simulación Médica

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

C.C. No. 52084428

Ha participado en el:

CURSO DE REANIMACION NEONATAL (NALS).

Realizado en La Fundación INSIMED el día 6 de Septiembre de 2014, con una intensidad de 8 horas Teórico Prácticas.

Bogotá, D.C.

Guillermo Ortiz M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clínica –
Center For Medical Simulation

22

SOCIEDAD COLOMBIANA DE
NEONATOLOGIA



PROGRAMA DE REANIMACIÓN NEONATAL
Asociación Colombiana de Neonatología

CERTIFICA QUE:

GLADYS I. GUERRERO G.

Ha completado satisfactoriamente las evaluaciones que demuestran sus competencias y habilidades como INSTRUCTOR LOCAL en reanimación neonatal de acuerdo con el programa de la American Academy of Pediatrics y la American Heart Association

HERNANDO M. BAQUERO L.
PRESIDENTE

Fecha del Curso
Bogotá, Marzo 27/2010

Fecha recomendada
de Renovación
Marzo /2012

Nombre del Instructor Lider
NOHORA C. CASTILLO M.

Esta certificación debe verificarse con el registro a la fecha en la web:www.ascon.org/prn

PFCCS
Pediatric Fundamental
Critical Care Support

Society of
Critical Care Medic

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO

CERTIFICA QUE

GLADYS ISABEL GUERRERO GIRÓN

Asistió al **CURSO FUNDAMENTOS PARA EL SOPORTE EN CUIDADO CRÍTICO PEDIÁTRICO, PFCCS**; realizado los días 4 y 5 de diciembre de 2015 en la ciudad de Bogotá. Aprobado y certificado por la SCCM.

MARÍA PIEDAD SARMIENTO G., MD
DIRECTORA CURSO
ASOCIACIÓN DE MEDICINA CRÍTICA

MAURICIO FERNÁNDEZ, MD
INSTRUCTOR CURSO
ASOCIACIÓN DE MEDICINA CRÍTICA

Libertad y Orden

DanSocial

República de Colombia

92

CINFES

CORPORACION CINFES

Nit 811.028.537-7

Acreditada y autorizada con aval al programa de educacion solidaria con enfasis en trabajo asociado por el Departamento Administrativo Nacional de la Economia Solidaria, DANSOCIAL, mediante resolucion No. 584 de noviembre 21 de 2007

Certifica que:

GLADIS GUERRERO

c.c. 52.084.428

Asistió al curso

Curso básico de economía solidaria con enfasis en trabajo asociado

Con una intensidad académica de 20 horas, realizado en PCTA CREA SALUD, el día 20 de agosto de 2010.
En testimonio de ello, se anota en el Libro 08, Folio 13, bajo el número 21382 del Libro de Registros y Diplomas de **CINFES**.

CARLOS MARIO VASCO SUAREZ
Director General

Para verificar la validez de este certificado, llamar al 343 98 84. Medellin

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Militar Nueva Granada.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Gladys Isabel Guerrero Giron 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:

Especialista Pediatra
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52084428

Tarjeta profesional No: 5090

Dirección de contacto: Calle 160 No. 72-51

Teléfono: 3108787934

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE MEDICOS ESPECIALISTAS

COOMEDES LTDA.
NIT 804.007.048-1

CERTIFICA:

Que la Doctora **GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON** identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.084.428 es Trabajador Asociado de Coomedes Ltda. desde el mes de diciembre de 2007 a la fecha, y efectúa labores de trabajo asociado en el Hospital Central de La Policía Nacional, en el cargo de Médico Pediatra, con unos ingresos promedio mensuales de doce millones de pesos m/cte.
($12.000. 000.oo).

El Asociado, se encuentra afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y riesgos laborales.

Se expide a solicitud del interesado, en Bucaramanga a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2017.

NESTOR HUMBERTO JAIMES GALVIS
Revisor fiscal
TP 9955-t

25



FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1973**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

04-JUN-1991 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00243360-F-0052084428-20100703 0022565638A 1 1290571509

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.084.428**
GUERRERO GIRON

APELLIDOS
GLADYS ISABEL

NOMBRES

FIRMA



DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

26

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14384127821

(415)7707212489984(8020) 000001438412782 1

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 0 8 4 4 2 8	1 9 9 1 0 6 0 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUERRERO	GIRON	GLADYS	ISABEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 160 72 51 TO 2 AP 202

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
pedgladysg@gmail.com		4 9 7 1 9 9 9	3 1 0 8 7 8 7 9 3 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 7 0 7 1 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 0 5

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 GUERRERO GIRON GLADYS ISABEL
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-08-2016 10:56:24AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 08-08-2016
Hora: 11:11:51 AM

27

CONTRIBUYENTE NIT 52084428-8 GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

Información General

Dirección CL 160 72-51 TO 2 AP 202

Teléfonos 4971999/3108787934

Dirección electrónica PEDGLADYSG@GMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 08/08/2016

Soporte Inscripción 22427515

Fecha Inicio Actividades 11/07/2007

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: -

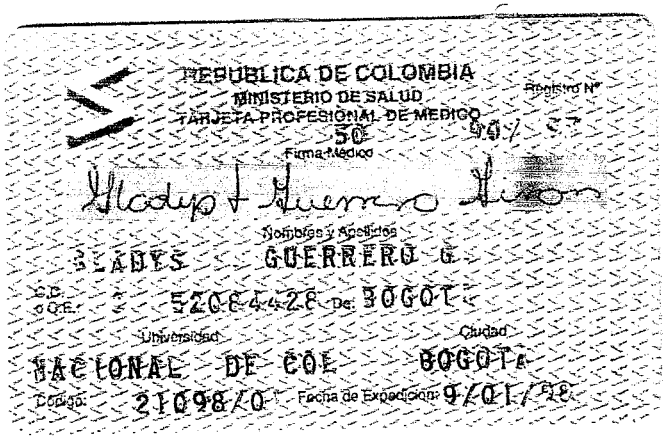
Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001028871

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N° 50 50% [illegible]

Firma Médico

Nombres y Apellidos
BLADYS GUERRERO G.

C.C. o C.E. 52064428 De: BOGOT

Universidad NACIONAL DE COL Ciudad BOGOTA

Código 21098/0 Fecha de Expedición 9/01/92



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

No. MD 110297 EXP.

GUERRERO PEÑARON
GLADYS [illegible]
52084[illegible]

MEDICO CIRUJANO

República de Colombia

Departamento del Meta
Dpto. Administrativo de Salud
Calle 37 No. 41 - 02 Barzal Alto
Conmutador 636031 - 636035 Fax 636036
Villavicencio

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL META

CERTIFICA

Que la doctora GLADYS ISABEL GUERRERO BIRON con cédula de ciudadanía número 52.064.428, fue nombrada mediante Contratos y Orden de Servicios para desempeñar el cargo de Medica Rural en la Secretaría de Salud Municipal de Villavicencio, Centro de Salud de La Esperanza.

Que la doctora antes mencionada desempeñó este cargo desde el 01 de febrero de 1996 al 02 de febrero de 1997.

Que el cargo antes mencionado es válido para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio en Medicina de un año de acuerdo al Formulario 0388, número de orden 47## del 02 de enero de 1995 del Ministerio de Salud.

Que la doctora GLADYS ISABEL GUERRERO BIRON, cumplió con el requisito del Servicio Social Obligatorio en Medicina de conformidad con la Ley 50 de 1981 y su Decreto reglamentario.

Se expide para efectos de registro del título.

Villavicencio, 10 de [illegible] de 1997.

GOBERNACIÓN DEL META
DIRECTOR
Dpto. Administrativo de Salud

GUSTAVO DE JESUS [illegible]

Gloria C.

GOBERNACION DEL META
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD
CONTROL DE INSTITUCIONES Y PROFESIONES

RESOLUCION NUMERO: 50-0090 DE 1997

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL META, de conformidad con el Decreto número 1875 de agosto 3 de 1994, emanado del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON identificado con la cédula de ciudadania número 52.084.428 expedida en Bogotá ha solicitado el registro de su título de MEDICA CIRUJANA que le otorgo LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA el 21 de Noviembre de 1995 que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en EL CENTRO DE SALUD DE LA ESPERANZA MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO - META.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON para ejercer la Profesión de MEDICA CIRUJANA en el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Villavicencio, 12 de Marzo de 1997

ORIGINAL FIRMADO POR
Gustavo de Jesus Monsalve Gaviria

DIRECTOR DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
DE SALUD DEL META

word/senobis/resoluc

Como Notario Tercero de Villavicencio, hago constar que la presente Fotocopia coincide con el Original que he tenido a la vista.
Fecha
NOV. 26 1997
NOTARIA TERCERA
Alfonso Montoya María
Villavicencio - Colombia

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52084428

Primer Nombre *

gladys

Primer Apellido *

guerrero

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2018-11-29→1:52:17 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52084428	GLADYS	ISABEL	GUERRERO	GIRON	Ver

Información Detallada [CC: 52084428] GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

2018-11-29→1:52:17 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	1997/3/12	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-013845

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) **GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 52.084.428 de Bogota T.P. o R.M. No. 5090 expedida por Ministerio de Salud de Bogotá Colombia, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Treinta (30) días del mes de Noviembre 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

idime

01-3789446

Página N° : 1
Fecha ingreso : 15/08/2018 10:01:00 AM
Fecha impresion : 21/11/2018 09:42:08 AM

No. de Orden : 3789446
Paciente : GUERRERO GIRON GLADYS ISABEL
Documento Id : 52084428
Empresa : COLMENA A.R.L CAMPAÑA
Sede : LAGO

No. Interno : 3789446
Edad : 45 a 9 m 25 d
Teléfono : 3108787934
E-Mail : PEDGLADYSG@gmail.com
No. Autoriza : 52084428

HBSAC**

TALOSC

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
HORMONAS			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	1000	UI/L	0 - 0

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10
Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Validó: Reg 1073508323 GINETH CARDENAS TOVAR

FIRMA

Director Operativo Laboratorio

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

Scanned with CamScanner

Calle 36 No. 31 - 39 Cons.109 Centro Empresarial Chicamocha
Avenida la Esperanza #51-40 BARRIO EL SALITRE Bogota
Tel.: (7) 6341321 - Telfax.: (7) 6808075
Cels.: 315-8320760 / 315-3026131
Bucaramanga, Santander

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL
PERIODICO

Fecha y lugar de realización: 24/04/2015 BOGOTA

Fecha de impresión: 24/04/2015 17:32:14

PACIENTE: GUERRERO GIRON , GLADYS ISABEL	**COMPAÑIA:** CORMEDES LTDA/ BOGOTÁ
CÉDULA: 52084428	**SEXO:** Mujer
CARGO: MEDICO PEDIATRA	**EDAD:** 42 año(s) cumplido(s)



SE CERTIFICA QUE SE REVISARON, LOS ANTECEDENTES MÉDICOS Y OCUPACIONALES DEL PACIENTE, LOS REQUERIMIENTOS DE LA LABOR A DESARROLLAR, DE ACUERDO AL PERFIL DEL CARGO O EL PROFESIOGRAMA DEFINIDO POR LA EMPRESA Y LA INFORMACIÓN SOBRE LOS PELIGROS A LOS QUE ESTARÁ EXPUESTO EL TRABAJADOR. EL ANÁLISIS DE LO ANTERIOR, LOS HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO Y LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES PARA CLÍNICOS SOLICITADOS, NOS PERMITEN CONCLUIR:

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN FISICO PERIODICO

CONCEPTO DE APTITUD MEDICO LABORAL:

EL TRABAJADOR TIENE ALTERACIONES AL EXAMEN FISICO QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO.

OBSERVACIONES, RECOMENDACIONES Y REMISIONES

CONTROL DE TA

GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON
Documento: 52084428

Dr. HECTOR ALIRIO GOMEZ GARCIA
Registro: - Licencia en S.O 61

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

c.c. 52.084.428

ASISTIO AL CURSO

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES: 2003/2014, 459/2012, Y LAS LEYES: 1146/2007, 1257/2008. A NIVEL NACIONAL PARA TODO EL PERSONAL DE LA SALUD
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 9 días del mes de Marzo de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S. O. S.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634
www.capacitacionessos.com

David Londoño
Sub Dirección Académica

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

c.c. 52,084,428

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIATRICO (P.A.L.S.)

EL CURSO SIGUIO LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LAS NORMAS DE COMPETENCIAS LABORALES 230101108, 230101109
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 10 días del mes de Junio de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S. O. S.

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
centrodecapacitacionessos@gmail.com
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

Por favor verifique con nosotros la autenticidad del presente certificado

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: 20/12/18 | CIUDAD: Bogota | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

stiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la perintendencia 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 perintendencia 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)

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Guerrero	Giron	Glodys	Isabel

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
☒ C.E. ☐ R.C ☐ NUIP ☐ SAPORTE ☐ OTRO ☐	52084928	Bogota. Cundinamarca	1991/06/04

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

CIA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
973/01/26	Cali-Valle	Colombia.	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
LTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	—	—	3108787934

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 160 No 72-51	Bogota	Cundinamarca.	Colombia	3108787934

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

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
: ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ SAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:			

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ | NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:
CIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
OFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐	

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

PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

UNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrado de servicios de salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒					900959051
PORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐		
RA ☐ CUAL:									

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diagonal 34 No 5-43	3448844	Bogota	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Medico Pediatra.	01/04/2016

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	5.000.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	10'539.200	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CRÉDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	30.000.000	DEUDA VEHICULOS	74.000.000
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	10'539.200	TOTAL EGRESOS	5.000.000	TOTAL ACTIVOS	30.000.000	TOTAL PASIVOS	74.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rojas	Montealegre	Diana	Marcela
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y O EXTENSION/CELULAR**
calle 39 # 1-67 E Apto 202	Bogota/cundinamarca/colombia	Amiga	3102386475

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros Central	004200110395	20 de Julio	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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.):

Especialista de Pediatra

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
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)
PODERADO: 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.)

AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO, AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION 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

Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a 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.
Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, 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.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

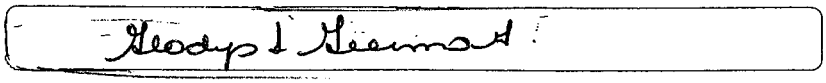
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON identificado con C.C No 52084428 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 52084428, con vigencia desde 8/1/2007 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	52084428	GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON	45	685	01/08/2007	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 29 días del mes de Noviembre del 2018

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52084428,** se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/06/2018	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de noviembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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

52084428	Colmena
Numero de Documento	ARL

Gladys	Isabel	Guerrero	Giron
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

26/01/1973	Bogota	Calle 160 # 72-51	7261489
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Alianzsalud	Colpensiones	$ 10'539.200
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Pediatra	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

pedgladysg@gmail.com	3108787934
Correo Electrónico	Celular

Gladys Isabel Giron V.	
Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. _____

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118563500

WEB
12:09:29

Bogotá DC, 29 de noviembre 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) GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52084428:

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

34

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 29 de noviembre de 2018, a las 12:16:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52084428
Código de Verificación	52084428181129121630

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. 2568056

Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2018 - 12:21 pm

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

CERTIFICA

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

52084428

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.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_C1BL_1912
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:27:15 horas del 29/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52084428**

Apellidos y Nombres: **GUERRERO GIRON GLADYS ISABEL**

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.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

CERTIFICACIÓN

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/13

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON** con **Cédula de Ciudadanía** número **52084428** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número:	**004200110395**
Saldo a la Fecha:	**$ 3,010,648.23 Pesos**
Fecha apertura:	**2006/01/13**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA