

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Femenino
Cargo	MEDICO HOSPITALARIO PEDIATRIA
Titulo	Dr(a)
Nombre completo	ADRIANA MARIA
Nombre y apellido	ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	34612705
Fecha de emisión	02/02/2001 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	CALLE 24 B #71-04 APTO 301 TORRE 3 GRAN RESERVA PIEMONTE
Código postal	
Estado	
Municipio	BOGOTA DC
País	COLOMBIA
Correo electrónico	adrialvarez2083@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3217463671
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 tu apodo?
Respuesta	MAYA
Celular	3217463671

Editar

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

Ultima Actualización: 15-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ALVAREZ	CAMPO	ADRIANA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 34612705

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 2 MES FEB AÑO 1983

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cauca

CIUDAD: Santander De Quilichao

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 24 B # 71-04 APTO 301 TORRE 3 PIEMONTE

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 4621961

EMAIL: adrialvarez2083@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO: BACHILLER
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES: AGOSTO AÑO: 1999

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		MEDICO GENERAL	7	2016	19-4443

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		

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 15-dic-2016

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: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3725610	FECHA DE INGRESO: DIA 10 MES 1 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: MEDICO HOSPITALARIO DE PEDIATRIA	DEPENDENCIA: PEDIATRIA NEONATOS	DIRECCIÓN: DIAGONAL 39 SUR No. 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL LA VICTORIA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: pediatriahlv@esevictoria.gov.co	
TELÉFONOS: 3725610	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 11 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO: DIA 9 MES 1 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: MEDICO HOSPITALARIO DE PEDIATRIA	DEPENDENCIA: PEDIATRIA NEONATOS	DIRECCIÓN: DIGONAL 39 SUR No. 3 20 ESTE	

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	6	9
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	9

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 6o. DE LA LEY 190/95).

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 15-dic-2018

Bogotá - 15/Dic/2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E S E

SIDEAP

Ultima Actualizacion 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 34612705 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 24 B # 71-04 APTO 301 TORRE 3 PIEMONTE **Teléfonos** 3217463671 4621961

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ADRIANA MARIA CAMPO GIL	34596115	MADRE
MARIA VICTORIA SANCHEZ ALVAREZ	1013029120	HIJO(A)
RICARDO JOSE CAMPO CAMPO	1006015799	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	$ 5.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 5.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	8480334070	VEINTE DE JULIO	$ 980.000,00
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	111113296	SANTANDER DE	$ 50.000,00
BANCO FALABELLA	AHORROS	116040033324	JARDÍN PLAZA- CALI	$ 20.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	HTX 931	$ 30.000.000,00
VEHICULO	MKK710	$ 60.000.000,00

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECÓNOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Ultima Actualización 17-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE BOGOTA	COMPRA DE CARTERA DE LIBRE INVERSION	$ 9.576.000,00
BANCO DE BOGOTA	CREDISERVICE	$ 16.000.000,00

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 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. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina

en uso de las facultades que le están conferidas y a propuesta del Decano de la Facultad, expide el presente Título de

Doctora en Medicina

a favor de Adriana María Alvarez Campo

en atención a que la misma ha cumplido los requisitos establecidos para los estudios de la especialidad y ha realizado los ejercicios correspondientes para la culminación de los mismos, el día doce *del mes de Julio del dos mil siete.*

En testimonio de lo cual, se suscribe en la Ciudad de La Habana, a los veinticuatro *días del mes de Julio del dos mil siete.*

Decana

Rector

Refrendado:

Secretaria General

Registrado al Tomo 3 Folio 10 número 227 del libro correspondiente a la Secretaría de este Centro de Educación Superior

Registrado al Tomo 1 Folio 107 número 6578 del libro correspondiente a la Facultad Medicina

Consulado General de Colombia
LA HABANA, CUBA

No. 1434

La Habana, 15 AGO 2007

El suscrito Cónsul General, **CERTIFICA**:
Que el Señor ***Jesús Fernández Ponce***, quien autoriza el presente documento, ejercía legalmente, en la fecha allí expresada, funciones en la ***Dirección de Asuntos Consulares y de Cubanos Residentes en el Exterior del Ministerio de Relaciones Exteriores*** y que la firma y sello que en el documento aparecen como suyos son los que usa y acostumbra en sus actos oficiales, de acuerdo con el registro que se lleva en este Consulado.

El Cónsul General, no asume responsabilidad alguna por el contenido del documento.

Luis Guillermo Becerra Torres
Cónsul General

EXENTO DE DERECHOS (Ley 2da. de 1976, Art. 26)

ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA

Carretera Panamericana
Km 3 ½, Santa Fe,
Playa, Ciudad Habana.
Cuba

INGENIERO INOCENTE ALEJANDRO RUIZ MARTÍNEZ, SECRETARIO GENERAL DE LA ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, DE LA CIUDAD DE LA HABANA, REPÚBLICA DE CUBA.

CERTIFICO QUE: Adriana María Alvarez Campo
procedente de: Colombia
graduado(a) de DOCTOR(A) en MEDICINA, en este centro de Educación Médica Superior, culminó sus estudios el día doce de julio de dos mil siete.
El título está expedido con fecha veinticuatro de julio de dos mil siete.
registrado en el tomo 3 folio 10 número 227 correspondiente al libro de registros de graduado del centro y tomo I folio107 número 6578
del registro de graduados de la Facultad de Ciencias Médicas:
CAMAGUEY
Y para surtir efecto fuera del territorio nacional, se expide el presente documento en Ciudad de La Habana, República de Cuba, a los veinticuatro días del mes de julio de dos mil siete. "Año 49 de la Revolución".

Ing. Inocente Alejandro Ruiz Martínez
Secretario General
ELAM

ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA
Secretaría General

Notaría Sesenta y Nueve de este
hago constar que esta fotocopia
es fiel con su original que he tenido a la
6 OCT 2015
MARIA INES PANTOJA P.
NOTARIA SESENTA Y NUEVE

Consulado General de Colombia
LA HABANA, CUBA

No. 1743

La Habana, 15 AGO 2007

El suscrito Cónsul General, **CERTIFICA:**
Que el Señor ***Camilo Roja Alvarez***, quien autoriza el presente documento, ejercía legalmente, en la fecha allí expresada, funciones en la ***Dirección de Asuntos Consulares y de Cubanos Residentes en el Exterior del Ministerio de Relaciones Exteriores*** y que la firma y sello que en el documento aparecen como suyos son los que usa y acostumbra en sus actos oficiales, de acuerdo con el registro que se lleva en este Consulado.

El Cónsul General, no asume responsabilidad alguna por el contenido del documento.

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA * CUBA *

Luis Guillermo Becerra Torres
Cónsul General

Como Notaria Sesenta y Nueve de este Circuito, hago constar que esta fotocopia coincide con su original que he tenido a la vista.
06 OCT 2015
MARIA INES PANTOJA P.
NOTARIA SESENTA Y NUEVE
Bogotá D.C. - Colombia

EXENTO DE DERECHOS (Ley 2da. de 1976, Art. 26)

Universidad del Cauca

Facultad Ciencias de la Salud
Convenios Docentes Asistenciales

CERTIFICAN

Que:

ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO

C.C. 34612705

Asistió a la Primera Jornada de

ACTUALIZACIÓN EN LA ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL Y SALUD MATERNO INFANTIL

Entre el 9 y el 26 de mayo de 2009

Con una intensidad de 20 horas

Decano Facultad Ciencias de la Salud

Coordinadora Convenios Docentes Asistenciales

Roland Sandoval G.

Coordinador Académico

RESIDENTES PEDIATRIA UNIVALLE

H.U.V

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo Garcia E.S.

Universidad del Valle

XXII JORNADAS PEDIATRICAS

Homenaje al Dr. Álvaro Sanchez

CERTIFICA QUE

ADRIANA ALVAREZ CAMPO

Ha participado en el evento ""NIÑO CRÍTICO: MANEJO INTEGRAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS"
de los dias 12 y 13 de Febrero de 2010

DR. JAVIER TORRES
Jefe Departamento de Pediatria Univalle

ARELIS BARRAGAN
Jefe de Residentes

CURSO CLINICO DE ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA "AIEPI"

Certificado de Asistencia

QUIL. SALUD
NIT [illegible] 532-4
Servimos con calidad humana

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

ADRIANA MARÍA ALVAREZ CAMPO

CC 34612705

Participó en el

CURSO CLINICO AIEPI CON COMPONENTE NEONATAL

Febrero 20 21 y 22 de 2009

aiepi

Intensidad: 42 Horas Académicas

ING. JUAN JOSE FERNANDEZ M.
ALCALDE MUNICIPAL

DRA. OLGA PATRICIA TORRADO C.
PEDIATRA
FACILITADOR

DRA. LUCY AMPARO [illegible] UZMAN G.
GERENTE
QUILISALUD

ASOCIACION COLOMBIANA DE
NEONATOLOGIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA

CERTIFICA QUE:

ADRIANA ALVAREZ

Asistió al:

Simposio **«LA VIDA A TODO PULMON Y A TODO CORAZON».**

Realizado en la ciudad de Bogotá, el día 20 de noviembre de 2.015, con una intensidad de 8 horas.

JOSE MARIA SOLANO SUAREZ

PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

GLORIA AMPARO TRONCOSO M.

PRESIDENTE REG. CUNDINAMARCA

ASCON
Asociación Colombiana de Neonatología

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA

CERTIFICA QUE:

ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO

Asistió al:

Décimo Congreso Panamericano de Neonatología

Realizado en la ciudad de Cartagena, durante los días 11 al 13 de octubre de 2018.
Con una intensidad horaria de 20 horas
Cartagena, Colombia - Octubre 13 de 2018

MARÍA EULALIA TAMAYO PÉREZ
Presidenta

Dra. ADRIANA BALLESTEROS CASTRO
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 6015

(- 8 OCT. 2007

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 4675 de 2006 y las Resoluciones No.2763 del 13 de noviembre de 2003 y No. 1573 del 30 de marzo de 2007.

CONSIDERANDO:

Que ADRIANA MARÍA ÁLVAREZ CAMPO, ciudadana colombiana, identificada con cédula de ciudadanía No.34.612.705, presentó para su convalidación el título de DOCTORA EN MEDICINA, otorgado el 24 de julio de 2007 por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, Cuba, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2007ER53867-27255/07.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 4675 de 2006, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3º de la Resolución 5547 del 1º de diciembre de 2005, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Caso similar*, el cual establece que *"Cuando el título que se somete a convalidación, corresponda a un programa académico que hubiera sido evaluado con anterioridad por el Ministerio de Educación Nacional o el ICFES, se resolverá aplicando la misma decisión que en el caso que sirve como referencia. Para tal efecto, deberá tratarse del mismo programa académico, ofrecido por la misma institución y con una diferencia entre las fechas de otorgamiento de los dos títulos que no podrá exceder los ocho (8) años."*

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, el Ministerio de Educación Nacional, mediante resolución No. 333 del 1 de febrero de 2006, convalidó un título otorgado el 23 de julio de 2005, por la misma institución y correspondiente al mismo programa académico, previa evaluación de una delegación de pares académicos, enviada por el Viceministerio de Educación Superior de este Ministerio a la República de Cuba.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de DOCTORA EN MEDICINA, otorgado el 24 de julio de 2007 por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, Cuba, a ADRIANA MARÍA ÁLVAREZ CAMPO, ciudadana colombiana, identificada con cédula de ciudadanía No.34.612.705, como equivalente al título de MÉDICA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los - 8 OCT. 2007

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR,

MARITZA RONDÓN RANGEL

AQ218/09/07

Bogotá D.C

Señores:

Escuela Latinoamericana de Medicina - Habana - Cuba.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

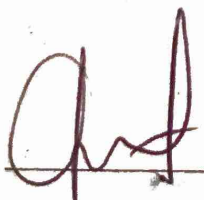
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Adriana María Alvarez Campo 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:

Doctora en Medicina
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: CC: 34612705

Tarjeta profesional No: 194443

Dirección de contacto: Calle 24b #71-04 Apto 301 Torre 3

Teléfono: 3217463671

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO *COOPRESALUD.*
Nit: 817.005.347-7

EL SUSCRITO GERENTE DE COOPRESALUD C.T.A.

CERTIFICA QUE

El señor (a) **ADRIANA MARIA ALVAREZ**
Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **No. 34.612.705**

- Prestó sus servicios en forma autogestionaria en calidad de Trabajador (a) Asociado (a) en las siguiente empresa.

EMPRESA	CARGO	DESDE	HASTA
Hospital Francisco de Paula Santander .	MEDICO GENERAL	01/09/2008	30/04/2010
Quilisalud E.S.E	MEDICO GENERAL	01/09/2008	31/05/2010
Quilisalud E.S.E	MEDICO GENERAL	01/04/2011	30/04/2011

Dada en Santander de Quilichao, el día 01 de Julio de 2011.

Atentamente,

ERIK ALBERTO MENDOZA
Gerente

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.612.705

ALVAREZ CAMPO
APELLIDOS

ADRIANA MARIA
NOMBRES



ADRIANA MA ALVAREZ C
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1983
SANTANDER DE QUILICHAO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

02-FEB-2001 SANTANDER DE QUILICHAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1107600-36131012-F-0034612705-20041108 0020504310H 02 167000573

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14439173450

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3461270 5 | 4

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

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	3 4 6 1 2 7 0 5	2 0 0 1 0 2 0 2

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Cauca 1 9	Santander de Quilichao 6 9 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVAREZ	CAMPO	ADRIANA	MARIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 64 A 22 42 TO 1 AP 503

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
adrialvarez2083@hotmail.com		3 7 2 5 6 1 0	3 2 1 7 4 6 3 6 7 1

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 1 1 2 3					2 2 2 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	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2	5																							

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 1 1 2 4

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: ALVAREZ CAMPO ADRIANA MARIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 11-03-2015
Hora: 8:30:39 AM

CONTRIBUYENTE CC 34612705 ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO

Información

Dirección	KR 64 A 22 42 TO 1 AP 503
Teléfonos	3725610-3217463671
Dirección	ADRIALVAREZ2083@HOTMAIL.
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	11/03/2015
Soporte Inscripción	16062835
Fecha Inicio Actividades	23/11/2007
# 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

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

IDENTIFICACIÓN UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

19 4443/2008 Registro No.

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO

C.C. o C.E. C 34612705

De S DE QUILICHAO

Institución de Educación ESC LATINOAMERIC

Ciudad CUBA

Código 63143/01

Fecha de Expedición 08/06/2010

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ADRIANA MARIA
ALVAREZ CAMPO

C.C. 34612705

MEDICO(A)

Expedicion 04/06/2010

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ, D.C.

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 *: 34612705

Primer Nombre *: ADRIANA

Primer Apellido *: ALVAREZ

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-14→11:28:09 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	34612705	ADRIANA	MARIA	ALVAREZ	CAMPO	**Ver**

Información Detallada [CC: 34612705] ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO

2018-12-14→11:28:09 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	2008/6/11	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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-014383

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) **ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 34.612.705 de SANTANDER DE QUILICHAO T.P. o R.M. No. 194443 expedida por MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Ocho (08) 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 P.

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

8278552

Orden No:	**8278552**	Fecha de ingreso:	27-Aug-2018 1:12 pm
Paciente:	**ALVAREZ CAMPO ADRIANA**	Fecha de impresion:	01/10/2018
Documento Id:	CC 34612705	Edad:	35 Años 0 meses 0 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3217463671
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ABGRADE MARVAEZ

90304414

Nombre.	**ALVAREZ CAMPO ADRIANA**	Fecha de recepcion:	03-sep-2018 4:45 pm
Identificacion	CC 34612705 Tel.	Fecha de impresion:	19-sep-2018 8:27 am
Edad	35 Años 0 Meses 0 Dias Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8278552	Fecha Validacion	04-sep-2018 5:41:00a.m. Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	81.1	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

Evolucionamos como la vida

NIT 800 066 001-3
Sede Principal: Calle 49 No 13-60 • PBX 744 7555 Ext 2315 - 2316 • Fax 744 7555 Ext 2325 - 2326
Sede Norte: Calle 109 No 15-91 • Tel. 214 2164 • Fax 214 2124
Sede Centro. Calle 19 No 10-18 Local 204 • Tels. 286 4818 - 282 2112 • Fax 282 4818
Calle 86 No 12-18 • Tel 238 1788 • Fax 257 2017

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 N° 45 A-18 La Castellana
Tel: (1) 257 2811 - 257 2815
Fax: 616 5051 Bogotá, D.C.
www.gomezasociadoslida.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 12/11/2016
Nombre Adriana Mora Alvarez Campo
Identificación 34612705
Fecha de nacimiento 2/02/1983 Edad 33
Cargo Hospitalaria pediatria.
Género MASCULINO ___ FEMENINO X
Empresa Unidad la Victoria
Empresa usuaria ___

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ OTRO ___

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO ___ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ___
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES ___ CON RESTRICCIONES ___
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ___ NO SATISFACTORIO ___

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen medico satisfactorio
VISIOMETRÍA ___
AUDIOMETRÍA ___
ESPIROMETRÍA ___
EXAMENES PARACLÍNICOS ___
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES higiene postural pausas activas y tabaquismo ejercicio de estiramiento diario y control de peso

Médico Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
RM 14388
Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114388
Licencia en S.O. 14858

Paciente
Firma del paciente
Nombre Adriana Mora
Cedula 34612705

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:

ADRIANA MARIA ALVAREZ

C.C.: 34612705

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 y ún (31) días del mes de Octubre de 2016

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

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

BOGOTÁ MEJOR

FUNDACIÓN INSIMED
Instituto de Simulación Médica

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

ADRIANA MARIA ALVAREZ

C.C. No. 34612705

Ha participado en el Curso de:

REANIMACIÓN NEONATAL

Realizado en La Fundación INSIMED el día 16 de Junio de 2018, con una intensidad de 8 horas Teórico Prácticas.

Bogotá, D.C.

Guillermo Ortiz M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clí
Center For Medical Simu

Nº 5130

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: 17/12/18 | CIUDAD: Bogota | DEPARTAMENTO: Bogota

Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adjuntar 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
alvarez	Campo	adriana	maria

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ R.C ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	34612705	Stander de quilichao – cauca	2001/02/02

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
02/02/83	Stander de Quilicho – cauca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☒	1	1	3217463671

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 24b #71-04 Ap 301 T3	Bogota	Cundinamarca	Colombia	4621961

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		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
Sanchez	Fajardo	Jorge	Enrique

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ R.C ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:	79732096	Bogota	1997/11/06

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	subred integrada de servicios de salud - centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					# NIT
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒		9009590517

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 # 5-43	3444484	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Medio General		FECHA VINCULACION	01/NOV/11

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

Scanned by CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	2'000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	5'000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	6'000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	1'000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	25'000.000
TOTAL INGRESOS	5'000.000	TOTAL EGRESOS	3'000.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	31'000.000
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
Campo	Gil	Cadriana	Maria
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 1ra #8-97	Floridablanca - Santander	Madre	3008613242

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta ahorros	008480334070	20 julio	3383878

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":

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.):

Medio General

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

Scanned by CamScanner

AUTORIZACIÓN

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 - 43, telefono 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 tramite 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 negociacion 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, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

DIAN

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

PRIVADA

210

1. Año 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 2113624869551

(415)7707212489984(8020) 000211362486955 1

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
3 4 6 1 2 7 0 5	4	ALVAREZ	CAMPO	ADRIANA	MARIA	3 2

24. Actividad económica: 8 6 2 1 — Si es una corrección indique: — 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") ☐ — 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X") ☐

Patrimonio

Patrimonio bruto	29	93,504,000
Deudas	30	35,087,000
Total patrimonio líquido	31	58,417,000

Rentas de trabajo

Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	56,430,000
Ingresos no constitutivos de renta	33	6,433,000
Renta líquida	34	49,997,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	12,867,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	12,867,000
Renta líquida cedular de trabajo	37	37,130,000

Renta de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
Ingresos no constitutivos de renta	39	0
Renta líquida	40	0
Rentas exentas de pensiones	41	0
Renta líquida cedular de pensiones	42	0

Rentas de capital

Ingresos brutos rentas de capital	43	3,000
Ingresos no constitutivos de renta	44	2,000
Costos y gastos procedentes	45	0
Renta líquida	46	1,000
Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	50	1,000
Pérdida líquida del ejercicio	51	0
Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
Renta líquida cedular de capital	53	1,000

Rentas no laborales

Ingresos brutos rentas no laborales	54	0
Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
Ingresos no constitutivos de renta	56	0
Costos y gastos procedentes	57	0
Renta líquida	58	0
Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	61	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	62	0
Pérdida líquida del ejercicio	63	0
Compensaciones	64	0
Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
Renta líquida cedular no laboral	66	0

Renta por dividendos y participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
Ingresos no constitutivos de renta	68	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69	0
1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
Rentas exentas de la casilla 72	73	0
Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0

Renta

Total rentas líquidas cedulares	75	37,131,000
Renta presuntiva	76	0

Ganancia Ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
Costos por ganancias ocasionales	78	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
Ganancias ocasionales gravables	80	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares

De trabajo y de pensiones	81	457,000
De capital y no laborales	82	0
Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a, Subcédula	84	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	86	457,000
Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0
Total Impuesto sobre la renta liquída	88	457,000

Descuentos

Impuestos pagados en el exterior	89	0
Donaciones	90	0
Otros	91	0
Total descuentos tributarios	92	0
Impuesto neto de renta	93	457,000
Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
Total impuesto a cargo	96	457,000
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	601,000
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	0
Retenciones año gravable a declarar	99	2,559,000
Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	0
Saldo a pagar por impuesto	101	0
Sanciones	102	0
Total saldo a pagar	103	0
Total saldo a favor	104	2,703,000

(415)7707212489984(8020)3004750000003461270504000(3900)00000000000000(96)20181017

105. No. Identificación signatario	106. DV	107. No. Identificación dependiente	108. Parentesco

981. Cód. Representación ☐ ☐ Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador ☐ Firma contador 994. Con salvedades ☐

983. No. Tarjeta profesional

20182226677896

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

DAVIVIENDA
51-053 H.N.
28 SET. 2018
CAJERO 2
RECIBIDO SIN PAGO

980. Pago total $ 0

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

Scanned by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 34612705
NOMBRES Y APELLIDOS	Alvarez Campo,Adriana Maria
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2012
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Alvarez Campo,Adriana Maria, a los 14 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **34612705,** se encuentra afiliado (a) desde **01/03/2015** 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	01/03/2015	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de diciembre 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

1	3461705	Seguros Bolivar	
	Numero de Documento	ARL	
2	adriana	Maria	alvarez	Campo
	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
3	02/02/1983	Standar de Quilichao	Calle 24b #71-04 Ap 301 T3	4621961
	F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
4	Sanitas	Colpensiones	$ 6'500.000	
	EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
5	Medico Hospitalario Pediatrica			
	Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
6	adrialvarez2083@hotmail.com		3217463671	
	Correo Electrónico		Celular	
7				
	Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
			C.C.	

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119223771

WEB
12:59:32

Bogotá DC, 14 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) ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34612705:

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 13:03:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	34612705
Código de Verificación	34612705181214130322

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. 2613144

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 13:04 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., el señor(a) **ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS CINCO** de SANTANDER DE QUILICH

34612705

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_HKEWH_0413
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 13:06:18 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34612705**
Apellidos y Nombres: **ALVAREZ CAMPO ADRIANA MARIA**

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.

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.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

13/12/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ADRIANA MARIA ALVAREZ CAMPO** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **34612705**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO
CUENTA DE AHORRO PROGRAMADO QUE A LA FECHA SE ENCUENTRA INMOVILIZADA

N#mero	**0570008480334070**
Fecha de apertura	**27/10/2011**

Teniendo a la fecha una antiguedad de **86** meses.

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA