



Buscar por procesos

Menú

[Actualizar el contraseña](#)

UTC -5 13:35:26



Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones CLAUDIA QUIROGA RICO,

CLAUDIA QUIROGA RICO con el NIT 52311031 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

Id de página: 14001741 [Ayuda ?](#)

[Español \(Colombia\)](#)[Ayuda](#)[Soporte Remoto](#)[Normaliva](#)[Términos de uso](#)[© 2014 Vortal](#)

016000-52-0806 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



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: 05-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO QUIROGA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RICO	NOMBRES CLAUDIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52311031	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DIA 17 MES MAY AÑO 1975 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Guaduas		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 92 # 36c -78 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO no tengo EMAIL claquiroga1976@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 BÁSICA											TÍTULO	BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	JULIO
											AÑO	2004

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
TC	4	X	TECNICA AUXILIAR DE ENFERMERIA		7	2014	52311031



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.

SIDEAPO

Última Actualización: 06-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 LA VICTORIA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3725610	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 9 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD MENTAL	DIRECCIÓN DIAGONAL 39 SUR # 3-20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD HOSPITAL SAN BLAS	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitalsanblas@gov.co	
TELÉFONOS 2801100	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 2 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 11 MES 9 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA UNIDAD DE SALUD MENTAL	DIRECCIÓN TRANSVERSAL 5 ESTE No. 19 50 SUR	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	3	9
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



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: 05-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá. 15 - Dic - 2018

Claudia Quiroga R.

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CLAUDIA QUIROGA RICO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52311031 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Carrera 92 # 38c -78 sur

Teléfonos 3192719836 no tengo

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALEX DAVID BURGOS QUIROGA	1000833251	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008480351587	20 DE JULIO	\$ 0,00
Davivienda	AHORROS	008480351587	20 de Julio	\$ 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
-------------------	----------	-------



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 INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 19-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	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Claudia Quirga R.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 19-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

Y en su nombre

E.S.A.E.

Escuela de Auxiliares en Enfermería

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo humano

Acuerdo No. 97 del 03 de Febrero de 2010 - Resolución No. 15-1014 de Noviembre de 2010

Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Confiere a:

Claudia Quiroga Rico

C.C. No. 52.311.031 Expedida en Bogotá D.C.

Certificado de:

Aptitud Ocupacional por Competencias

**Técnico Laboral Auxiliar en
Enfermería**

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios

Duración: 1800 horas



Martha Cecilia Amaya
Directora

Ana Sofía Espejo
Secretaría

Dado en Bogotá, D.C. - Colombia, a los 11 días del mes de Julio de 2014 Folio 1908 Acta 042

Avenida Primero de Mayo - Calle 26 Sur No. 33 - 33



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Centro de Educación Formal "Robert Hooke"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Según Resoluciones 8586 del 4 de Dic./97, 2984 del 24 de Sept./99
8563 del 20 de Nov. /01, 8707 del 29 de Nov./01 y 500 del 01 de Mar./02 S.E.D.

Confiere a:

Quiroga Rico Claudia

Identificado(a) con C.C. No. 52.311.031 de Bogotá, D.C.

El título de

Bachiller Académico

Con Énfasis en

Desarrollo Humano e Informática

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Académica, según los planes
y programas Vigentes en concordancia con el
Proyecto Educativo Institucional.

Sector

Secretaría


Pedro Pastor Cárdenas González
C.C. No. 3.256.521 de Vicepresidencia


Wilson Enrique Sabugal Banderet
C.C. No. 78.975.773 de Fed. de Bogotá

Libro Interno de Registro de Diplomas No. 3 Item General de Graduación No. 14 Libro No. 6

Dado en Bogotá, D.C. a los 17 días del mes de Julio de 2004

No requiere registro en la Sec. de Educ., según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994
No requiere sello ni autenticación en Notaría Decreto 2150 de 1995





Escuela de Auxiliares en Enfermería **E.S.A.E.**

Formamos vidas para dar lo que no tiene precio... La Salud

Resolución 15-101 del 04 de Noviembre de 2010, Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Acuerdo No. 97 del 5 de Febrero 2010, del Ministerio de la Protección Social,
Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

ACTA DE CERTIFICACIÓN

En la Ciudad de Bogotá D.C a los once (11) días del mes de Julio de 2014, se llevó a cabo el **ACTO DE CERTIFICACION**, en el cual **E.S.A.E ESCUELA DE AUXILIARES EN ENFERMERIA** autorizada para el efecto según la resolución No 15-101 del 04 de Noviembre de 2010 en la Secretaría de Educación de Bogotá y el acuerdo No 97 del 05 de Febrero de 2010 del Ministerio de la Protección Social, y le confiere el certificado de **TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA A:**

CLAUDIA QUIROGA RICO

Identificada con la C.C 52.311.031 de Bogotá, D.C. Quien cumplió con los requisitos académicos exigidos por la Secretaría de Educación, el Ministerio de Protección Social y con las normas establecidas en este instituto.

En testimonio de lo anterior se firma la presente **ACTA DE CERTIFICACION** en la ciudad de Bogotá, D.C. a los once (11) días del mes de Julio de 2014, por lo que en ella intervino


MARTHA CECILIA AMAYA F.
Directora



CENTRO DE EDUCACION FORMAL ROBERT HOOKE

Sede Principal: Carrera 19 No. 44-55 Sur
Teléfono: 279 42 64
Seccional Restrepo: Calle 17 Sur No. 17 - 53 Piso 3
Teléfonos: 272 21 38 - 278 76 83
Seccional Kennedy: Calle 38 B Sur No. 75A-29
Teléfonos: 264 74 77 - 403 83 70

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 17 días del mes de Julio del año 2004 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado; los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Centro de Educación Formal "Robert Hooke", Institución aprobada en el Nivel de Educación Media, y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de Bachiller de carácter Académico con énfasis en Desarrollo Humano e Informática según resoluciones No. 8586 del 04 de Diciembre de 1997 - 2984 del 24 de Septiembre de 1999 - 8563/01 - 8707/01 y 500/02 de la Secretaría de Educación del D.C. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, procedieron a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS EN DESARROLLO HUMANO E INFORMATICA

Al graduado, cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad, se relacionan a continuación:

210. QUIROGA RICO CLAUDIA
C.C. 52.311.031 de Bogotá

Es fiel copia de acta original General No. 14 de fecha 17 de Julio de 2004 que consta de 280 alumnos que comienza con el nombre de: ACEVEDO MORENO HUGO MAURICIO y cierra con el nombre de: ZAMBRANO BOJACA DIEGO ALEJANDRO

En constancia se firma la presente acta por quienes en ella intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7º del decreto 180 de 1981

Dada en Bogotá, D.C. a los 17 días del mes de Julio de 2004.


Lic. Espec. Pedro Pastor Cardenas González
Rector
C.C. No. 3.290.521 de Villavicencio


Bairon Enrique Sabogal Sandoval
Secretario
C.C. NO. 79.978.773 de Sta. Fé de Bogotá

No requiere autenticación en Notaría según decreto 2150 de 1995



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

ACTA DE GRADO

No. y Fecha de Registro : 965403 del 17/11/2010

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO QUE:

CLAUDIA QUIROGA RICO

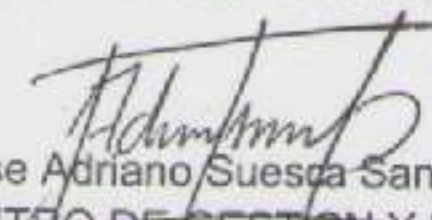
con documento de identificación No. CC.52311031

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE

**TECNICO PROFESIONAL EN ATENCIÓN
INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**

CON NIVEL DE INGLÉS A2

En constancia de lo anterior se firma la presente en BOGOTÁ a los 30 días del mes de
Noviembre de 2010.


Jose Adriano Suesca Sanchez

SUBDIRECTOR(A) (E) CENTRO DE GESTIÓN Y FORTALECIMIENTO SOCIO-
EMPRESARIAL
REGIONAL DISTRITO CAPITAL



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

CLAUDIA QUIROGA RICO

con documento de identificación No. CC.52311031

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título

de

**TECNICO PROFESIONAL EN ATENCIÓN
INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**

CON NIVEL DE INGLÉS A2

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en BOGOTÁ
a los 30 días del mes de Noviembre de 2010.


Jose Adriano Salsica Sanchez

SUBDIRECTOR(A) (E) CENTRO DE GESTIÓN Y FORTALECIMIENTO SOCIO-EMPRESARIAL
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

985403 17/11/2010
Número y Fecha Registro



Escuela de Auxiliares en Enfermería

F.S.A.E.

Formación para el trabajo en salud

INSTITUCIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Resolución 6696, 1.º de Octubre de 1997, Sec. de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No. 001, Marzo 04 de 1993, Min. de Salud

Certificación De:

Diplomado en Unidad de Cuidado Intensivo

Duración 120 Horas

CLAUDIA QUIROGA RICO

C.C. 52.311.031 de Bogotá D.C.

Martha Cecilia Arias

Gerente

Bogotá D.C. Colombia

Junio 30 de 2014

SECRETARIA DISTRICTAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Claudia Quiroga Rico

52.311.031

Aprobó el Curso:

Primer Respondiente para Personal Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas

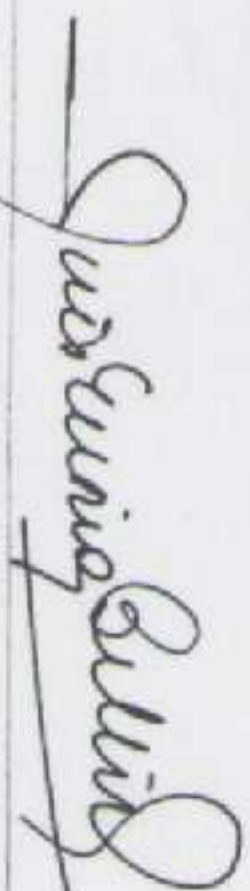
Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 3 de Diciembre de 2015



Gabriel Dario Paredes Zapata

Director de Urgencias y Emergencias en Salud



Luis Enrique Beleño Gutiérrez

Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y
Desastres



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA A:

CLAUDIA QUIROGA RICO

COMO

AGENTE COMUNITARIO EN SALUD
EN EL MARCO DE LAS "ESTRATEGIAS AIEPI, IAMI, IAFI Y LINEA ERA"

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos, con una intensidad de 45 horas en el proceso de formación establecido desde el PIC.

Firmado en Bogotá D.C. Agosto de 2012

RM

RICARDO BEIRA SILVA
Gerente

Aixa Manotas

AIXA MANOTAS M.
Referente de Estrategias



HOSPITAL DEL
SUR
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Salud con Sentido Humano.

BOGOTÁ
HUMANANA



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
BIENESTAR FAMILIAR

REGIONAL BOGOTÁ



CERTIFICA

Que CLAUDIA QUIROGA RICO

Participó en LA CAPACITACION INICIAL PARA MADRES COMUNITARIAS

Del 18 DE ENERO DE 2010 Al 29 DE ENERO DE 2010

Con una Intensidad de OCHENTA (80) Horas.

Aracelis Torres P.
COORDINADOR C.Z. KENNEDY

Maryfernas
SUPERVISOR TÉCNICO

Bogotá, D.C., MARZO 15 DE 2010



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

BIENESTAR FAMILIAR

REGIONAL BOGOTÁ

Prosperidad
para todos

EL CENTRO ZONAL KENNEDY

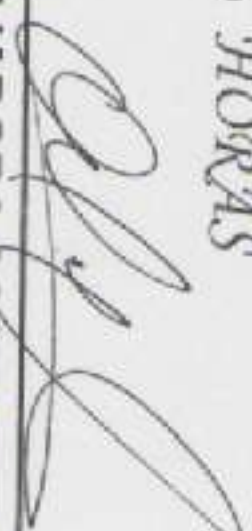
CEERTEJJA

Que la señora

CLAUDIA QUIROGA

PARTICIPÓ EN JORNADA DE FORMACIÓN EN DERECHOS,
VIOLENCIA INTRA FAMILIAR, Y BUEN TRATO
CON UNA INTENSIDAD DE 6 HORAS


COORDINADOR C.Z. KENNEDY


TRABAJADORA SOCIAL PREVENCIÓN



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL REDCO**

Hace constar que:

CLAUDIA QUIROGA RICO

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 9 (nueve) días del mes de Agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Responsable laboratorio clínico

BOGOTÁ

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Plaza de Bolívar, Calle 100 No. 100-100, Bogotá D.C.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Esae

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Claudia Quiroga Rico, 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 - UNIDAD CENTRO ORIENTE, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Técnico laboral Auxiliar en Enfermería.

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

Claudia Quiroga R.

No. de documento:

52'311.031 Bta.

Tarjeta profesional No.:

52'311.031

Dirección de contacto:

Crr 92 # 38c 78 sur

Teléfono:

3192719836



ASOCIACIÓN BARRIOS UNIDOS POR EL FUTURO DE LOS NIÑOS

Personería Jurídica 1493
Nit. 800.113.811-4

CERTIFICA

A quien interese.

La señora CLAUDIA QUIROGA RICO, identificada con la cédula de ciudadanía N° 52.311.031 de Faca, presto sus servicios en la Asociación Barrios Unidos por el Futuro de los Niños, desde el 01 de marzo del 2010, hasta el 31 de enero de 2015. Desempeñándose durante cinco años como madre comunitaria; prestando un servicio de calidad con responsabilidad, honestidad, entre otras grandes cualidades.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, a los (4) cuatro días del mes de febrero de 2015

A.S.O. HOBIBAUN

PRESIDENTE


Flor Miryam Quiroga Bello

C.C. 51.978.637

Representante Legal

ACTIVOS S.A.

NIT: 860090915

LA GERENTE DE RECURSOS HUMANOS CERTIFICA

Que la Senora QUIROGA RICO CLAUDIA identificado con cedula de ciudadanía No. 52,311,031, laboro en nuestra empresa, a partir del 09 de JUNIO de 2009 hasta el 18 de Febrero de 2010, desempeñandose en el cargo de OPERARIO con una asignacion mensual de QUINIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE (\$515,000).

Estando afiliado a la E.P.S. HUMANA VIVIR y A.F.P. FONDO DE PENSIONES PORVENIR

La presente certificacion se expide en Bogota, a solicitud del interesado a los 05 dias del mes MARZO de 2010 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,



DIVISION DE RECURSOS HUMANOS

LM: INDUSTRIAS INCA S.A. 92429-7 PLJ

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.311.031

QUIROGA RICO
APELLIDOS

CLAUDIA
NOMBRES

Claudia Quiroga Rico
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-1976

GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Albastriz
REGISTRADORA NACIONAL
ALBASTRIZ BENGIO LOPEZ



A-1500108-45134828-F-0052311031-20051019

0143205292B 02 158758332

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14326869228



4151707212489984(8020) 0000014326869228

5. Número de identificación tributaria (NIT)

5 2 3 1 1 0 3 1

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Razón electrónica

(3 2)

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 2 3 1 1 0 3 1

27. Fecha expedición:

1 9 9 4 1 0 3 1

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

QUIROGA

32. Segundo apellido

RICO

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sexo:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 99 A 42 F SUR 16 IN 2

42. Correo electrónico:

maclaus2010@hotmail.es

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

4 5 3 6 7 8 9

45. Teléfono 2:

3 1 9 2 7 1 9 8 3 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código:

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 9 1 1 0 2

48. Código:

8 6 9 2

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 1 0 1

50. Código:

1 2

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2

12-Ventas régimen simplificado

Usos de aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Forma

56. Tipo

57. Servicio

1

2

3

58. Modo

59. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

60. Anexos

SI

NO

X

61. No. de Folios

0

62. Fecha

2 0 1 5 0 2 1 0

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 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

634. Nombre CEPEDA ORTIZ CARMEN

635. Cargo: Analista II

CONTRIBUYENTE CC 52311031 CLAUDIA QUIROGA RICO

Información

Dirección KR 99 A 42 F SUR 16 IN 2 BRR
Teléfonos 4536789/3192719836
Dirección maclus2010@hotmail.es
Fax

Información de

Fecha Inscripción 29/08/2016
Soporte Inscripción 13750179
Fecha Inicio Actividades 02/11/2009
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL

Actividad 2: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

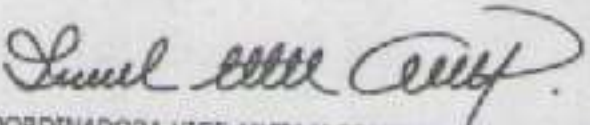
Fecha Inicio


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.


SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
CLAUDIA
QUIROGA RICO
C.C. 52311031

AUXILIAR EN ENFERMERIA
Expedición 20/01/2015


COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 9573 de 04/09/2014

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) QUIROGA RICO CLAUDIA Identificado(a) con CC número 52311031 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE AUXILIARES EN ENFERMERIA E.S.A.E. el día 11/07/2014.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: autorizar a QUIROGA RICO CLAUDIA identificado(a) con CC número 52311031 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 04/09/2014

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Revisó: Esperanza Fraile G.
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C.

A la fecha notifiqué personalmente al

señor (a) Claudia Quiroga Rico

CC. # 52'311.031

Firma Claudia Quiroga Rico

Cra. 32 No. 12-81
Tel: 384 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

52311031

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Resultado General -2018-11-28--10:06:05 PM -2018-11-28--10:09:10 PM

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52311031	CLAUDIA		QUIROGA	RICO	Ver

Información Detallada [CC: 52311031] CLAUDIA QUIROGA RICO

2018-11-28--10:09:10 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2014/9/04	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).

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
OTROS				

Centro Especializado en Vacunación


IPS VACUNAR OLAYA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

CARNET DE VACUNACIÓN N° 2282

Autorizado por Secretaría Distrital de Salud
 NIT. 900.394.707-3 - COD. DEL PRESTADOR 110012180401

NOMBRE Claudia Quiroga Bico

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO F.

IDENTIFICACION 52311031

TELEFONO 3142857965

Bogotá, D.C.: Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya
 Tel: 408 21 80 - Cel: 321 322 90 92
 San Martín: Meta Cra 4 No. 9 - 73 (Frente al terminal de transporte)
 Cel: 321 422 18 96 - 310 697 25 98
 E-mail: vacunarolaya@gmail.com

VIGILADO Supersalud

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
TRIPLE VIRAL	1	09 MAR. 2013	LOT. H5233-1 F.V ABR /14	
	2			
HEPATITIS B	1	09 MAR. 2013	HEPATITIS B 03411002B Abr-14	
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1	09 MAR. 2013	160A20040 Amarilla / 2015	
	2			
	3			
	4			
NEUMO-COCO	1			
FIEBREA AMARILLA	1			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁ-BICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN



VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA

NIT. 900.160.179-1

Cod. del Prestador 1100117560

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Nº 4237

NOMBRE: CLAUDIA QUIROSA RICO

IDENTIFICACIÓN: 52311031

SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 17-05-76 TEL: 3192719836

696 7246 320 346 7063 304 219 5009

www.vacunacionmundosalud.com

Cra. 20 No. 27-08 Sur Barrio Olaya

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLE VIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	17 DIC 2018	RECOMBAX UPX18001 Feb-21	
	2	12 JUL 2019		
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TETANOS DIFTERIA	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			



LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE HARVAEZ



121703894

Nombre QUIROGA CLAUDIA
Identificación CC 52311031
Edad 42 Años 0 Meses 0 Días
Medico MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento 487633-2391657

Tel. 1
Sexo F

Fecha de recepción: 17-dic-2018 5:30 pm
Fecha de impresión: 18-dic-2018 11:05 am
Empresa UMED - U. M. DE ESPEC. DIVINO NINO
Sede REFERENCIA
Fecha Validación 17-dic-2018 9:51:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE
Metodo: Quimioluminiscencia

12.0

mUI/ml

V. de Referencia:

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

ANDREA STEFANY LEMUS MEZA
C.C 1.098.764.588
BACTERIOLOGA

MAYRA XIMENA SAMACA VILLAMIL
CC 33.702.566
BACTERIOLOGA

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel 2391845 - Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante	Sobred de Salud Centro Oriente			
Dir			Nit	
Fecha	Die 11/2018	Cargo	Auxiliar de Enfermería.	
Tipo de examen	Ingreso Si	Periódico	Retiro	Trabajo en alturas

Apellidos	Quiroga Rico	Nombres	Claudia	
ID	52.311.031	Tel	319 271 9836	Sexo F. Edad 42
Profesión	auxiliar de enfermería			Olesto Si Zurdo

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Medico Ocupacional	Si	Visiometria		Audiometria	
Radiografia		Electrocardiograma		Espirometria	
Glicemia		Colesterol		Triglicéridos	
Otros					

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones		Puede continuar su labor	
Apto con restricciones que no limitan su labor		Puede continuar con reubicación laboral	
Apto para el cargo	Si	Examen de retiro satisfactorio	
Aplazado por restricciones		Examen de retiro con patología	
Apto para trabajo en alturas	No	No apto	

Restricciones medicas ocupacionales

No Presenta.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal	Si	Valoración por:	
Hacer pausas activas	Si	Reubicación laboral temporal	
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio	Si	Rehabilitación ocupacional	
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica		Realización de pruebas complementarias	
Otras			

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. N° 15006/2015 S. D. S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

C.C. 52'311.031 Bta.

Claudia Quiroga R.

CONSENTIMIENTO INFORMADO - Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud
TRABAJADOR EXAMINADO

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:

CLAUDIA QUIROGA RICO

C.C.: 52311031

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

Martha Yolanda Ruiz Valdés

Gerente

Subred Integrada de

Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz

Profesional Especializado Talento Humano

Subred Integrada de

Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.





REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que CLAUDIA QUIROGA RICO identificada(o) con Cedula de Ciudadanía No. 52311031 de BOGOTÁ se encuentra realizando el programa de SOPORTE VITAL BASICO el cual inició el 16 de OCTUBRE de 2018 y finalizará el 22 de OCTUBRE de 2018 con la siguiente disponibilidad:

DÍA	HORA INICIO	HORA FIN
MIERCOLES	00:00	23:59
JUEVES	00:00	23:59

Se expide en BOGOTÁ a los 01 días del mes de NOVIEMBRE de 2018

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR (A)
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

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

FECHA: De 15/18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Distiguado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO <u>Quiroga</u>		SEGUNDO APELLIDO <u>Rico</u>		PRIMER NOMBRE <u>Claudia</u>		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACION C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		No IDENTIFICACION <u>52311031</u>		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) <u>Guaduas Cond.</u>		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) <u>31-10-1994</u>	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐					
FECHA NACIMIENTO: <u>17-05-76</u>		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) <u>Guaduas Cond.</u>		PAIS NACIMIENTO <u>Colombia</u>		NACIONALIDAD: <u>Colombiana</u>	
ESTADO CIVIL O(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐				PERSONA A CARGO <u>1</u>		NUMERO DE HIJOS <u>3</u>	
				TELEFONO CELULAR <u>3192719886</u>			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADÉMICA MAESTRO ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: <input type="text"/>							
PROFESION OFICIO <u>Aux. Enf.</u>							

DIRECCION RESIDENCIA <u>Crr 92 # 38c-78</u>		CIUDAD RESIDENCIA <u>Bogotá</u>		DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>		PAIS RESIDENCIA <u>Colombia</u>	
CORREO ELECTRONICO <u>ckquirosa1976@gmail.com</u>		PORTAL O PAGINA INTERNET				TELEFONO RESIDENCIA <u>3192719886</u>	
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 C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>				ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD	

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOGAR ☐		PENSIONADO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		CONTRATISTA ☒		COMERCIANTE ☐		EMPLEADO PUBLICO ☐	
		EMPLEADO SOCIO ☐				OTRA ☐	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE		DECLARA RENTA		SI ☐ NO ☒		CUAL: <input type="text"/>	
				IVA ☐ ICA ☐		CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA <u>4490</u> <u>8692</u>	
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒		PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒				NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA <u>Sub Red Centro Oriente</u>	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐						OTRA ☐ CUAL: <input type="text"/>	

DIRECCION DE LA EMPRESA <u>Tx 52 # 19-50</u>		TELEFONO <u>2801100</u>		CIUDAD/MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	
CARGO ACTUAL <u>Auxiliar Enfermería</u>						PAIS <u>Colombia</u>	
						FECHA VINCULACION <u>10-02-15</u>	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD	
						FECHA CONSTITUCION	
						TIPO SOCIEDAD	

PERSONA NATURAL		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☒ NO ☐	SI ☐ NO ☐	Subred Centro Oriente	
ACTIVIDAD ECONOMICA EN LA EMPRESA DONDE LABORA		CODIGO <input type="text"/> RUTAS <input type="text"/> NO ☐ SI ☐	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTES ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐	OTRA ☐ CUAL <input type="text"/>		
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CODIGO MUNICIPIO
Tr. Sede # 19-50		2801100	Bogota
CARGO ACTUAL		FECHA CONSTITUCION	
Auxiliar de Enfermería		09-02-15	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO			
NÚMERO DE EMPLEADOS	MEDIO ANUAL	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD
5. INFORMACION FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
SALARIO		GASTOS FAMILIARES	
1494.000		900.000	
BONIFICACIONES		ARRENDOS	
		300.000	
AMORTIZACIONES		COSTA VIVIENDA	
COMISIONES		COSTA VIVIENDA	
OTROS INGRESOS		OTROS EGRESOS	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS	
1494.000		1'400.000	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS	
6. INFORMACION PERSONAL			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
Lopez		Medina	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	
		Bogota	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Christian			
TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR	
Amistad		3219453424	
7. DECLARACION FINANCIERA			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	FECHA
Davivienda	Ahorros	00480351587	20 Julio
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAIS/CIUDAD
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS			
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGOS SERVICIOS ☐ OTRO ☐	TOTAL: <input type="text"/>		
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS BIENES/FONDOS			
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certezas de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. con el proposito de que se pueda dar cumplimiento a la sancionada 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 "Estrategia Anticorrupcion"			
1. Dar los recursos que entregue y entregase a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. provenientes de los siguientes fuentes (detalle, ocupacion, profesional, negocio, etc.):			
Auxiliar de enfermería			
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 actualice, complemente o modifique);			
3. No admitir que terceros entreguen recursos en su nombre, provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo actualice, complemente o modifique), ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas;			
4. Así mismo declara que los recursos que recibe de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. se destinan a actividades lícitas;			
5. Informará inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaracion, una vez tenga conocimiento de la misma;			
6. Cuando a ello haya lugar, notificar a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 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 sus afirmaciones, emitiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. de toda responsabilidad que se derive por informaciones erróneas, falsas o mentirosas que ya hubieran 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 informacion que fueron respondidos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, 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

Claudia Quiruga R.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario a 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:			

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 comprobantes de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratista 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 verificados + 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 + documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comensales).
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RgD Central.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar).
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad).
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente suprimidos (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.).

10. AUTORIZACIÓN, REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO: AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 3 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicho dispositivo, en sus aplicaciones 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 utilización no requerirá de una autorización de su titular, la cual previene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tratados serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procede a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, emando por LA ESE, Salud Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con NIT 800 994 054-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 344 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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministro mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, donador, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios, la ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. b) El control y la prevención del riesgo. c) La liquidación y pago de cuentas. d) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. e) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. f) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. g) Envío de información relativa a cuentas de usuarios de clientes y usuarios y Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. h) Envío de información de Soportes 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 regulaciones aplicables. i) 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transferidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call centers, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados, asesores y expertos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebraciones, ejecución, terminación y liquidación 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 celebren contratos de prestación de servicios de salud. e) La Unión de Usuarios y Proveedores de la UIAF, o cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

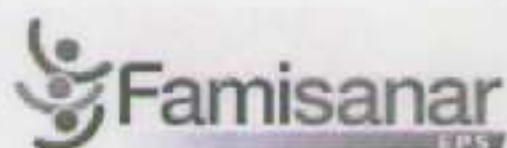
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que se han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente 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 artículo 31 del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de 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 tratamiento, no he sido obligado a responderlas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Salud 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 comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de las previstas en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Salud Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: saludintegrada@centroorientese.gov.co
TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos de ser necesario la transferencia internacional de información.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CLAUDIA QUIROGA RICO identificado con CC 52311031 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 01/06/2011
IPS Cotizante: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría: A
Estado: ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
TULIO ALEXANDER BURGOS FLOREZ	CC 79790782	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	BENEFICIARIO	01/06/2011	ACTIVO
DEISY NATALIA BURGOS QUIROGA	TI 951010101720		BENEFICIARIO	11/11/2006	CANCELADO
ALEX DAVID BURGOS QUIROGA	TI 1000833251	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	BENEFICIARIO	01/06/2011	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE**, a los 05 días del mes de diciembre del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.