

9/12/2018

Administración de contratos



[Actualizar el contrato](#)

UTC -5 20:54:50
Alejandra del Pil...

Inicio	Mis procesos	Menú	Ir a
--------	--------------	------	------

Inicio - Inicio - Administración de contratos

Buscar...

Id de página: 23000628 Ayuda ?

[Volver](#) [Últimas modificaciones](#) [Todos](#) [Selección](#)

Buscar contrato

[\(Búsqueda avanzada\)](#)

Últimas modificaciones

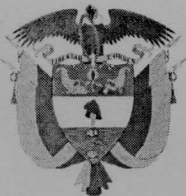
Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
197230	PS 0986 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5 días para terminar (15/12/2018 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Alejandra del Pilar Quintero Rodríguez	14.585.340 COP	Modificación aceptada enviada	Detalle

OPCIONES

VER

HERRAMIENTAS

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO QUINTERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRIGUEZ	NOMBRES ALEJANDRA DEL PILAR
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1030672739	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 26 MES NOV AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 49 SUR N° 95 A 63 CASA 70 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7556745 EMAIL alejedefonseca05@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE
											AÑO	2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

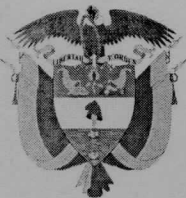
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

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		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA		12	2015	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5966600	DÍA 6 MES 4 AÑO 2017		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	DG 39SUR 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MATERNO INFANTIL	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5966600	DÍA 29 MES 11 AÑO 2016		DÍA 18 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CR 10 N 1 00	

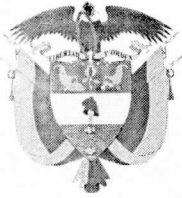
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
PROYECTAR SALUD SAS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2731671	DÍA 27 MES 1 AÑO 2016		DÍA 14 MES 11 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CLL 25G No. 84A - 61	

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	1	11
PRIVADO	0	9



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-dic-2018

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	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).

Bogotá - 15-dic-2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Alejandra Quintero

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

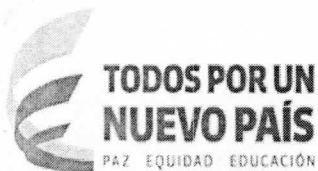
6

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1030672739 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CALLE 49 SUR N° 95 A 63 CASA 70

Teléfonos 3123236994 7556745

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE ELIECER QUINTERO RAMIREZ	93384760	PADRE
GLORIA AMPARO RODRIGUEZ	65761334	MADRE
EVELIN SOFIA QUINTERO RODRIGUEZ	1028496392	HERMANO(A)
JEFRY SANTIAGO FONSECA QUINTERO	1018491535	HIJO(A)
JOSE ELIECER QUINTERO RODRIGUEZ	1026593379	HERMANO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

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

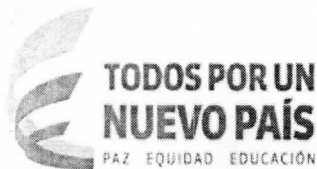
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	04569459741	KENEDY	\$ 10.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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



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: 07-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
1	HIJO	\$ 0,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Alejandra Quintero

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 07-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



República de Colombia

LA ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD - ESAF

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Licencia de funcionamiento Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999

Registro del Programa Resolución No. 2042 del 23 de Agosto de 2011

Secretaría de Educación de Bogotá

Confiere a :

ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRÍGUEZ

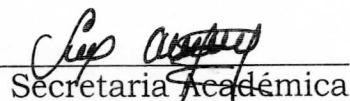
Documento de Identidad 1030672739 de Bogotá, D.C.

El Certificado de Aptitud Ocupacional

**Técnico Laboral por Competencias en
Auxiliar en Enfermería**

Por haber culminado satisfactoriamente el Programa con una Duración de
1.800 Horas


Directora Académica


Secretaria Académica

Dado en Bogotá a los 10 días del mes de Diciembre de 2015

Anotado al Folio 378 del Libro de Registro No. 4

DAE 45



República de Colombia

LA ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD - ESAF

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Licencia de funcionamiento Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999

Registro del Programa Resolución No. 2069 del 1 de Diciembre de 2011

Secretaría de Educación de Bogotá

Confiere a :

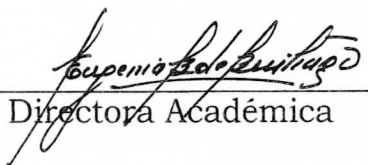
ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ

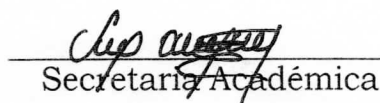
Documento de Identidad 1030672739 de Bogotá, D.C.

El Certificado de Aptitud Ocupacional

**Técnico Laboral por Competencias en
Auxiliar en Salud Pública**

Por haber culminado satisfactoriamente el Programa con una Duración de
1.800 Horas

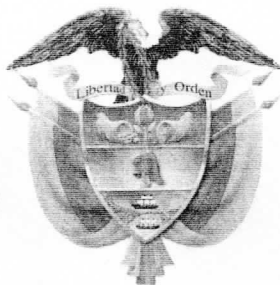

Directora Académica


Secretaria Académica

Dado en Bogotá a los 10 días del mes de Diciembre de 2015

Anotado al Folio 381 del Libro de Registro No. 4

DSP 22



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

Colegio
Ciudadela Educativa de Bosa
Institución Educativa Distrital

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Según Resolución No. 155 del 24 de Enero de 2008
para los grados de Educación Media Académica

Confiere a:

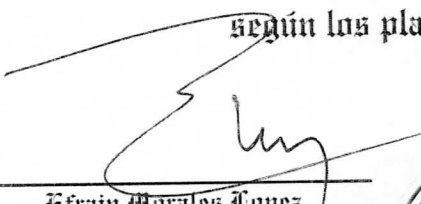
Alejandra Del Pilar Quintero Rodríguez

NIP No. 96112607118

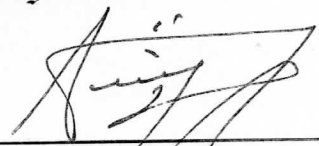
El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media (Art. 28 Ley 115 de 1994)
según los planes y programas vigentes


Efraín Morales López
C.C. 5.944.335 de Tihama (Tol)
Rector




Nixon Andelto Vargas Verano
C.C. 19.315.678 de Bogotá
Secretario Académico

Anotado en el Libro No.2 de Actas Generales de grado, Acta de graduación No. 11

Dado en Bogotá, D.C. a los 03 días del mes de Diciembre de 2013

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; del Gobierno Nacional



República de Colombia
LA ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD – ESAF

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Licencia de Funcionamiento Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999 y
Registro del Programa según Resolución No. 02042 del 23 de agosto de 2011 Secretaría de Educación de Bogotá.

Acta Individual de Certificación Número 1042 -2015

El Consejo de Dirección de la Escuela de Administración y Formación en Salud -ESAF-

Sesión del día 5 de Diciembre de 2015

CONSIDERANDO EL CUPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADEMICOS DE:

ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRÍGUEZ

Documento de Identidad 1030672739 de Bogotá, D.C.

SE LE CONFIERE

El Certificado de Aptitud Ocupacional

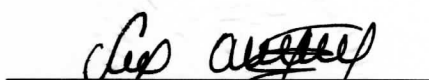
Técnico Laboral por Competencias
Auxiliar en Enfermería

Por haber culminado satisfactoriamente el Programa con una duración de 1.800 Horas

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta Individual de Certificación en la ciudad de Bogotá, D.C. a los 10 días del mes de Diciembre de 2015.



Dirección Académica



Secretaría Académica

Anotado al Folio 378 del Libro de Registro No. 4



República de Colombia

**LA ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
ESAF**

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Licencia de Funcionamiento Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999 y Registro del
Programa Resolución No. 2069 del 1 de Diciembre de 2011 Secretaría de Educación de Bogotá.

Acta Individual de Certificación Número 1051 -2015

El Consejo de Dirección de la Escuela de Administración y Formación en Salud -ESAF-

Sesión del día 05 de Diciembre de 2015

CONSIDERANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS DE:

ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ

Documento de Identidad 1030672739 de Bogotá, D.C.

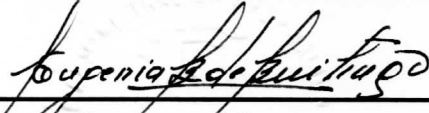
SE LE CONFIERE

El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

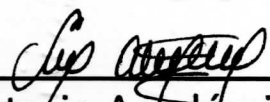
**Técnico Laboral en
Auxiliar en Salud Pública**

Por haber culminado satisfactoriamente el Programa con una duración de 1.800 Horas

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta Individual de Certificación en la ciudad de Bogotá.
D.C. a los 10 días del mes de Diciembre de 2015.

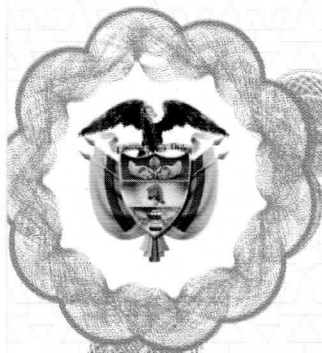


Dirección Académica



Secretaría Académica

Anotado al Folio 381 del Libro de Registro No. 4



Colegio Ciudadela Educativa de Bosa

Institución Educativa Distrital

Acta Individual de Grado

Inscripción DANE: 111001107875 Scfes: 140095 JM

En la Ciudad de Bogotá D.C., a los 29 días del mes de Noviembre del año 2013, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, el Rector y el secretario en la Rectoría del COLEGIO CIUADDELA EDUCATIVA DE BOSA INSJRIJUCIÓIN EDUCATIVA DISJRIJUAL, con licencia de funcionamiento vigente hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad ACADÉMICA, según Resolución No. 155 del 24 de Enero de 2008, emanada por la Secretaría de Educación del Distrito Capital.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el Título de :

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

Alejandra Del Pilar Quintero Rodríguez
NIP No. 96112607118

Es fiel copia tomada del Libro de Actas Generales de Graduación No. 02; Acta de Grado No. 11 Jornada Mañana y anotada en el folio No. 118 a los 29 días del mes de Noviembre de 2013, que consta de 174 graduandos; que comienza con el nombre de Acuña Sanabria Juan Carlos y cierra con el nombre de Zambrano Velasquez Nayibe.

Dada en Bogotá D.C., a los 03 días del mes de Diciembre del año 2013.

Efraim Morales Lopez
C.C. No. 5.944.335 de Libano (Col)
Rector

Nixon Andelfo Vargas Herano
C.C. No. 19.315.678 de Bogotá D.C.
Secretario Académico



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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
ORIENTE E.S.E
LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL**

Hace constar que:

ALEJANDRA DEL PILAR QUITERO
C.C 1030672739

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

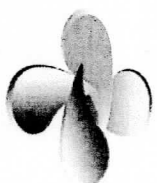
Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 14 (catorce) días del mes de agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
*Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional*

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ESAPF
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
Y FORMACIÓN

República de Colombia

La Escuela de Administración y Formación en Salud -ESAF-

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Licencia de Funcionamiento Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999
Secretaría de Educación de Bogotá.

CERTIFICA QUE

ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ

Documento de Identidad. 1.030.672.739 de Bogotá

**CURSÓ LA NORMA DE COMPETENCIA ATENCIÓN INTEGRAL AL INDIVIDUO Y A LA
FAMILIA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA Y URGENCIA**

Duración de 120 horas

Bogotá D.C., a los 10 días del mes de Diciembre de 2015

EUGENIA BELTRAN DE BUTRAGO
DIRECTORA

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de administración y Formación en Salud ESOF
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Alejandra del Pilar Quintero Rodríguez 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:

Auxiliar en enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Alejandra Quintero

No. de documento:

1.030.672.739

Tarjeta profesional No:

Resolución No 2552 de 29-02-2016

Dirección de contacto:

Calle 49 Sur #95 A 63

Teléfono:

3123236994



NIT 900.504.265-3

PROYECTAR SALUD SAS

CERTIFICA QUE

Que la señora **ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. **1.030.672.739** de Bogotá, labora para nuestra compañía con un contrato a termino indefinido desde el día 27 de Enero del 2016 a la fecha, desempeñándose en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, devengando un salario mensual de Seiscientos ochenta y nueve mil cuatrocientos cincuenta y cinco pesos M/cte (**\$689.455**).

La presente certificación se expide a los 19 días del mes de noviembre de 2016.

Cordialmente,

Nidia Forigua
NIDIA FORIGUA CARRILLO
Coordinadora de Talento Humano

PROYECTAR SALUD S.A.S.
Talento Humano

SEDE BOGOTA: Calle 25 G No. 84 A 61 / Pbx: 2731671 -3002455859
SEDE CUNDINAMARCA: Girardot. Cra. 8 No. 20-47 Oficina 203 Edificio AMEG* Cel 3112955216
SEDE TOLIMA: Ibagué Calle 54 No. 7 b 26 Rincón de Piedra Pintada 2 Sector Tel (8) 2665902
recursoshumanos.proyectarsalud@gmail.com



LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ**, identificada con CC. 1.030.672.739, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR DEL CONTRATO
PS 3360 2017	06/04/2017	09/01/2018	\$ 16.658.100
PS 0986 2018	10/01/2018	09/06/2018	\$ 7.216.440

OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad. 2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica digital. 3. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. 4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. 5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. 6. Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. 7. Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente. 8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. 9. Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999. 10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. 11. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. 12. Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la entidad. 13. Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato. 14. Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. 15. Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y realizar los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran. 16. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. 17. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. 18. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados. 19. Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal. 20. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana. 21. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente. 22. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. 23.

Diagonal 34 N° 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Dirección Contratación

Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo

Diagonal 34 Nº 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.672.739**
QUINTERO RODRIGUEZ

APELLIDOS
ALEJANDRA DEL PILAR

NOMBRES
Alejandra Quintero

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1996**

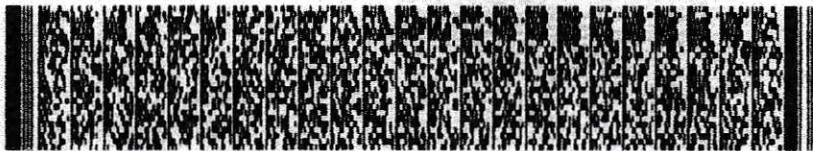
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	B-	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-DIC-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00654057-F-1030672739-20150102

0042145596A 1

44033426

Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		 <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto 01 Inscripción <small>Espacio reservado para la DIAN</small>		4. Número de formulario 14407932679 <small>(415)7707212489984(8020) 000001440793267 9</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 0 3 0 6 7 2 7 3 9 6. DV 7 </div>		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
		14. Buzón electrónico 32	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13	
26. Número de identificación: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 0 3 0 6 7 2 7 3 9 27. Fecha expedición: 2 0 1 4 1 2 0 9 </div>			
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: 169	
29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido QUINTERO		32. Segundo apellido RODRIGUEZ	
33. Primer nombre ALEJANDRA		34. Otros nombres DEL PILAR	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Dirección principal CL 49 SUR 95 A 63 BRR BOSA PORVENIR	
42. Correo electrónico: alejadefonseca05@gmail.com		43. Código postal <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
44. Teléfono 1: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>		45. Teléfono 2: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
46. Código: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>		47. Fecha inicio actividad: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
48. Código: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>		49. Fecha inicio actividad: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
50. Código: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>		51. Código: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
52. Número establecimientos: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>			
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> </div>			
12- Ventas régimen simplificado			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> </div>		55. Forma <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
56. Tipo <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>		57. Modo <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
58. CPC <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>		59. Fecha: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
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 ☐		60. No. de Folios: 1	
61. Fecha: 20170314			
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: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
984. Nombre FIERRO BARAHONA JOSE FERNEY		985. Cargo: Analista I	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 14-03-2017

Hora: 5:36:36 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1030672739-7 ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ

Información General

Dirección CL 49 SUR 95A 63
Teléfonos 7556745 3123236994
Dirección electrónica ALEJADEFONSECA05@GMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 14/03/2017
Soporte Inscripción 23109093
Fecha Inicio Actividades 27/01/2016
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 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 PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001834839

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente ICA TE TOCA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 2552 de 29/02/2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) QUINTERO RODRIGUEZ ALEJANDRA DEL PILAR Identificado(a) con CC número 1030672739 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 ADM. Y FORM. EN SALUD "ESAF" el día 10/12/2015.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a QUINTERO RODRIGUEZ ALEJANDRA DEL PILAR identificado(a) con CC número 1030672739 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 29/02/2016

Isabel Cristina Artunduaga P.

**Directora de Calidad de
Servicios de Salud (E)**

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA.

Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C. 12-Agosto-2016

A la fecha notifiqué personalmente al

señor (a) Alejandro Quintero

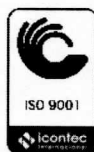
CC. # 1030.672.739

Firma Alejandro Quintero.

Reviso : Daniel Ortiz B.

Elaboro : Victor Sánchez

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

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 *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1030672739

Primer Nombre *

ALEJANDRA

Primer Apellido *

QUINTERO

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, No se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

[Ver Mas...](#)

Respetado ciudadano,

Actualmente no se encuentra información asociada a los criterios de búsqueda consultados en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). Para actualizar su información, tenga en cuenta las siguientes orientaciones:

1. **-Si es auxiliar, técnicos laborales, técnicos profesionales o tecnólogos**, deberá solicitar su inscripción ante la entidad que le autorizó el ejercicio, esto es, ante las Direcciones Departamentales de Salud*, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. o el Ministerio de Salud y Protección Social**, según corresponda.
2. **-Si es profesional**, deberá solicitar su inscripción en los Colegios Profesionales que se encuentran ejerciendo funciones públicas delegadas en el marco de la Ley 1164 de 2007, en las Direcciones Departamentales de Salud*, ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. o en el Ministerio de Salud y Protección Social**, según corresponda (ver [ABECÉ del ReTHUS](#)).

Se debe tener en cuenta que la inscripción de una profesión u ocupación del área de la salud, para quienes fueron autorizados previamente por las Direcciones Departamentales de Salud, por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C o por el Ministerio de Salud y Protección Social, Departamentales de Salud, por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C o por el Ministerio de Salud y Protección Social, es gratuita y no requiere intermediarios.

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.).

* Ver listado de contactos ([listado con la información de contacto en las Secretarías de Salud.](#)).

** Se deberá solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social si fue esta entidad la que expidió su resolución de autorización (generalmente, personas autorizadas para su ejercicio antes de 1994), a través del correo electrónico rethus@minsalud.gov.co, adjuntando copias del documento de identidad y de la resolución de autorización expedida por el Ministerio de Salud. Los documentos deben ser legibles y estar en formato pdf.

VACUNA	DOSIS REFEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	100SS	1434102	07 MAR 2014	
	200SS	1434102	10 ABR 2014	
	300SS	1434102	30 MAY 2014	
	400SS	1434102	06 MAR 2015	
HEPATITIS A	100SS			
	200SS			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
 Consulte sus Vacunas en:
<http://app.saludcapital.gov.co/palInicio/login.aspx>

Cód. de Registro: 11-0017778-012

Inmunosalud
 VACUNACIÓN
 Asociados por Salud

NT-900174965-3
 CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL: 110011779801
 CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO: 110011779802

NOMBRES: Alejandra del Pilar Quintan
 DOCUMENTO: 9611260718
 TELEFONO:

VACUNA	DOSIS REFEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TETANICO	100SS	02411010	07 MAR 2014	
DIFTERIA	200SS	02411010	10 ABR 2014	
	300SS	25 OCT 2014	10 ABR 2014	
	400SS	16 NOV. 2016	02 OCT 2014	
TRIPLE VIRAL	REFEZO			
	100SS	JSS19	07 MAR 2014	
	200SS			



8288454

Orden No: **8288454**
Paciente: **QUINTERO ALEJANDRA**
Documento Id: **CC 1030672739**
E.P.S.: **HOS-USAQUEN**
Sede: **ORQUIDEA**
Servicio: **CONSULTA EXTERNA.**

Fecha de ingreso: **28-Aug-2018 8:16 am**
Fecha de impresion: **01/10/2018**
Edad: **21 Años 9 meses 2 días** Sexo **F**
Telefono: **3123266994**
Cama:
Procedencia:

Examen

Resultado

Unidades

Valores de Referencia

ANEXOS



**LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN**
ANDRÉS MARVAEZ

Página 1 de 1



90304542

Nombre: **QUINTERO ALEJANDRA**
Identificación: **CC 1030672739** Tel.
Edad: **21 Años 0 Meses 0 Días** Sexo **F**
Médico: **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento: **8288454**

Fecha de recepción: **03-sep-2018 5:20 pm**
Fecha de impresión: **19-sep-2018 2:16 pm**
Empresa: **ANALISIS TECNICOS LTDA**
Sede: **REFERENCIA**
Fecha Validación: **04-sep-2018 5:44:00a.m.**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	674.0	mUI/ml	
Método: 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. 1.020.779.827
BACTERIOLOGA


INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1.020.779.827
BACTERIOLOGA

Evolucionamos como la vida

NIT: 800.068.001-3
Sede Principal: Calle 45 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2915 - 2318 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2329
Sede Norte: Calle 109 No. 15-91 • Tpl: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-08 Cons. 204 • Tels: 282 2819 - 282 2717 • Fax: 282 2819
Calle 85 No. 12-15 • Tel: 236 3769 • Fax: 257 2012

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
 Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 07/03/2017 11:13:00 Empresa PARTICULAR

Nombre ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

Doc. Identidad CC 1030672739


SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

 1 MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

2

3

4

5

6

7

8

9

EXAMEN DE INGRESO

SI

NO

NO APLICA FALTA INFORMACIÓN

Apto para el cargo

☒
☐
☐
☐

Aplazado

☐
☐
☐
☐

Apto con restricciones

☐
☐
☐
☐

Apto para trabajar en alturas

☐
☐
☐
☐

 Apto para trabajar en espacios
confinados

☐
☐
☐
☐

 Apto para Trabajar con equipos de
suministro de aire o autocontenido

☐
☐
☐
☐

Apto para participar en la brigada

☐
☐
☐
☐

 Apto para el requerimiento del cargo
de la empresa o contratista

☐
☐
☐
☐
EXAMEN PERIÓDICO

SI

NO

 Apto para continuar desempeñando
el cargo sin limitaciones

☐
☐

Requiere de restricción de actividades

☐
☐

Requiere de reubicación laboral temporal

☐
☐

 Requiere reubicación laboral
permanente

☐
☐

Apto para trabajar en alturas

☐
☐

Apto para trabajar en espacios confinados

☐
☐
EXAMEN DE RETIRO

SI

NO

Sospecha de enfermedad Profesional

☐
☐

Secuelas de Accidentes de Trabajo

☐
☐

Enfermedad Común

☐
☐
PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

 Visual ☐

 Auditivo ☐

 Respiratorio ☐

 Cardiovascular ☐

 Psicosocial ☐

 Ergonómico ☐

 Otros ☐
REMISIÓN

 SI ☐

 NO ☒

ARL

 SI ☐

 NO ☐

EPS

 SI ☐

 NO ☐

1/SIEMPRE UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE SE REQUIERAN PARA LA LABOR QUE VA A EJERCER:
 TAPABOCAS, GUANTES Y BATA QUIRURGICA. 2/ CONOCER Y APLICAR ADECUADAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. 3/

Salud Ocupacional
 SALUD CON SEGURIDAD
 JUAN PABLO II
 ESP. MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
 R.M.

FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORREZ
 Especialidad: MEDICINA LABORAL
 CC: 1013590019 RM: 252176

Alejandra Quintero

Trabajador: ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO
 CC: 1030672739

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

REALIZAR CAMBIOS DE POSICION FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO. 4/ IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS. 5/ LAVADO CORRECTO DE LAS MANOS

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Salud Ocupacional
SALUD CON SEGURIDAD JUAN PABLO II
CEDI SALUD FAMILIAR I.P.S. S.A.S.
Médico
M.P. MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
R.M.

FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORREZ
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 1013590019 RM: 252176

Alejandra Quintero

Trabajador: ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO
CC: 1030672739
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

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:

ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ

C.C.: 1030672739

Asistió a la capacitación en:

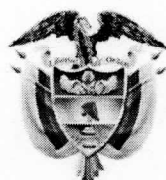
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017


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.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.030.672.739

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de julio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

45845870 - 17/07/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9403001471937CC1030672739C.



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.030.672.739 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de SOPORTE VITAL BASICO con una intensidad horaria de Veinte (20) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de julio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	700.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	1524.000	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	1524000	TOTAL EGRESOS	700.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
—		—		—		—	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
(Una de esta familia al menos el Cliente y Ciudadano (C) y uno de localizable al (Torano Laboral))			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Calderón	Martínez	Norma	Constanza
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CEL
Balbo49 Sur N° 95 A 63	Bogotá - Cundinamarca	Amiga	3112677725

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Bancolombia	Cuenta de ahorros	04569459744	Kennedy	3430000
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA
—	—	—	—	—
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:				CUAL:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐				—

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 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)

Auxiliar en 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 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 destinarán a actividades lícitas.
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 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 sancionatorias posteriores a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí 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 certificaciones 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.
- Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o 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 Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta 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 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 INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES

- CONSIDERACIONES**
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 organismos 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 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 utilización no requiere autorización de su titular, la cual proviene 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 también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o 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, suministramos nuestros 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 solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la p del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de in relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de In 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 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que 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 derivados de los contratos celebrados c) y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervier proceso de celebración, 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 adelantes de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efe 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 INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las fi 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, n 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 biomé todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Fin 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a resp

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, i rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente 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, i transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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 Se Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84, e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismo 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 - ACTUALIZA 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

Alejandro Quintero

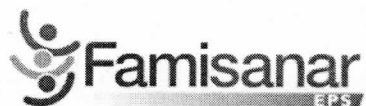
Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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:	<div>ACEPTADO ☐</div> <div>RECHAZADO ☐</div>
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:	



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1030672739 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 06/01/2017

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 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.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,030,672,739**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.030.672.739

Numero de Documento

Bolívar

ARL

Alejandra

Primer Nombre

del pilar

Segundo Nombre

Quintero

Primer Apellido

Rodriguez

Segundo Apellido

26-NOVIEMBRE-1996

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bagoti

Ciudad de Nacimiento

RILEASUN-296A63

Dirección de Residencia

3123236994

Teléfono Fijo

Famisaner

EPS - Salud

Pontenir

AFP - Pensiones

\$ 1'524.000

Honorarios

Auxiliar en enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

alejandefonseca05@gmail.com

Correo Electrónico

3123236994

Celular

Alejandro Quintero

Firma del Afiliado

San León

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118955779



WEB
19:27:18
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 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) ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030672739:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

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 07 de diciembre de 2018, a las 19:22:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030672739
Código de Verificación	1030672739181207192227

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



Bogotá D.C., 7 de Diciembre de 2018 - 19:31 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE**

1030672739

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 figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_EZTF2_3119**
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 01:08:31 horas del 08/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1030672739**

Apellidos y Nombres: **QUINTERO RODRIGUEZ ALEJANDRA DEL PILAR**

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.

Referencia Bancaria

Domingo, 9 de Diciembre de 2018

Señor(a)
A Quien Pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1030672739, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado	Saldo
CUENTA DE AHORROS	04569459741	2016/12/12	ACTIVA	1,703.07

* Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Paula Andrea Vélez Gómez

Es el

momento