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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:	17-12-18	Nº FOLIOS	28
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Elizabeth Herrera G	DOCUMENTO:	51.683.288 Bta		
TELEFONO:	3112508760	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Aux de Enfermeria		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI [ ]	NO [ ]

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI [X]	
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI [X]	
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI [X]	
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI [X]	
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI [X]	N/A [ ]
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADÉMICO	SI [X]	N/A [ ]
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI [X]	NO [ ]
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI [ ]	N/A [ ]
9	FORMATO AUTORIZACION CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI [X]	N/A [ ]
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI [X]	N/A [ ]
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI [X]	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU _____	SI [X]	
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI [X]	
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI [ ]	N/A [X]
15	TARJETA PROFESIONAL	SI [X]	N/A [ ]
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI [X]	N/A [ ]
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI [X]	N/A [ ]
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI [ ]	N/A [ ]
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACION (reactiva)	SI [X]	N/A [ ]
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI [X]	
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI [X]	N/A [ ]
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI [ ]	N/A [ ]
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI [ ]	N/A [X]
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI [X]	N/A [ ]
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI [ ]	N/A [X]
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI [ ]	N/A [X]
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI [ ]	N/A [X]
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI [ ]	N/A [X]
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI [X]	
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI [X]	
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI [X]	
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI [X]	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]	
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]	
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]	
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]	
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI [X]	

D. VERIFICACION Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:	
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:	

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=23000629

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 14:00:41
Rosa Elizabeth He...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

Id de página:: 14005862 Ayuda

- **Mis datos de usuario**
- **Noticias SECOP**
- **Mis registros**
- **Accesos del usuario**
- **Términos y condiciones de uso**

Editar

Información del usuario



Género	Femenino
Cargo	Auxiliar de Enfermería
Título	Sra.
Nombre completo	Rosa Elizabeth Herrera Espitia
Nombre y apellido	Rosa Elizabeth Herrera Espitia
Código del empleado	
Tipo de documento	
Número de documento	51683288
Fecha de emisión	30/06/1981 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Expedido por	Registraduria Nacional
Fecha de expiración	
Dirección	Carrera 22 H No. 58 B 39 Sur
Código postal	
Estado	
Municipio	Bogotá
País	COLOMBIA
Correo electrónico	Eliherrera1120@gmail.com
Teléfono	7313582
Celular	3112508760
Número de fax	

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	Bogota
Celular	3112508760

Editar

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

JOTA

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: 01-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
HERRERA	ESPITIA	ROSA ELIZABETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51683288	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES NOV AÑO 1962

PAÍS Colombia

DEPTO Bogota D.C.

CIUDAD Bogota D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 22 H # 58 B 39 Sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogota D.C.

CIUDAD Bogota D.C. TELEFONO 7313582

EMAIL eliherrera87@latinmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. (X)	MES DICIEMBRE AÑO 1981

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 NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	6	1986	51683288

sideap.serviciocivil.gov.co

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: 01-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 Sede B Instituto Materno Infantil	PUBLICA: X	PRIVADA:	PAIS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogota D.C.	MUNICIPIO: Bogota D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:	
TELEFONOS: 2971317	FECHA DE INGRESO: DIA 7 MES 11 AÑO 2006	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de Enfermeria	DEPENDENCIA: Neonatologia	DIRECCION: Carrera 10 No. 1 66	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Instituto Materno Infantil	PUBLICA: X	PRIVADA:	PAIS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogota D.C.	MUNICIPIO: Bogota D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DIA 30 MES 5 AÑO 1987	FECHA DE RETIRO: DIA 11 MES 8 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de Enfermeria	DEPENDENCIA: Neonatologia	DIRECCIÓN: Carrera 10 No. 1-66	

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	31	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	31	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD EL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACION PUBLICA.

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

Diciembre 17 del 2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 01-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Elizabeth Herrera. E

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 01-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 51683288 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Carrera 22 H # 58 B 39 Sur **Teléfonos** 3112508760 7313582

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ELIAS HERRERA TINJACA	134189	PADRE
ANA ISABEL ESPITIA FORERO	20044874	MADRE
SEBASTIAN ANDRES MORENO HERRERA	1026295697	HIJO(A)
KAREN ELIZABETH RODRIGUEZ HERRERA	1033710360	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	$ 15.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 15.000.000,00

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
BBVA	AHORROS	126041433	AV Jimenez	$ 81.755,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	50S-40262561	$ 80.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Ultima Actualizacion: 01-dic-2018

FOENSALUD	PRESTAMO	$ 16.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Elizabeth Herrera E

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 01-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

El Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"

Certifica

La Aptitud Profesional de:

ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA

en el oficio de AUXILIAR DE ENFERMERIA

Areas aprobadas

MEDICO QUIRURGICA - MATERNO INFANTIL - PRACTICAS
ETICA Y DESARROLLO HUMANO

Modo de Formación: APRENDIZAJE

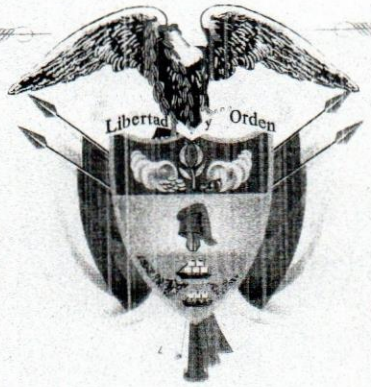
Subgerente Regional

Secretario

S.N. PROGRAMA BOGOTA
Centro de Formación

BOGOTA, 86.06.30
Ciudad y Fecha

86-01174 del 86.09.03
Registro No



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su Nombre el

Liceo Parroquial San Gregorio Magno

DUPLICADO Decreto 180 de 1981

Los suscritos Rector y Secretario Académico del LICEO PARROQUIAL SAN GREGORIO MAGNO autorizados por medio de la Resolución No. 14-013 del 30 de Abril de 2015, emanada por la Secretaría de Educación de Bogotá para expedir los certificados, diplomas, actas correspondientes al plantel denominado CORPORACION INSTITUTO LA RABIDA (CERRADO)

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C. según resolución 7456 del 13 de Noviembre de 1998 y 5678 del 12 de Diciembre de 2006

Confiere a:

Herrera Espitia Rosa Elizabeth

CC N° 51.683.288 de Bogotá D. C.

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media vocacional, según los planes y programas vigentes.

LICEO PARROQUIAL RECTOR SAN GREGORIO MAGNO

Rector

LICEO PARROQUIAL SECRETARIA SAN GREGORIO MAGNO

Secretario

L.P.S.G.M

Anotado al folio No. 001 del Libro para control interno de Diploma No. 1
Dado en Bogotá, D.C. el 23 de octubre de 2015
Decreto 1860 del 3 de agosto de 1994, Artículo 11;MEN

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	REGIONAL BOGOTA	Nº 47773

EL SUSCRITO JEFE DE GRUPO DE LA SECRETARIA DE REGISTRO Y CERTIFICACION

HACE CONSTAR

Que, **HERRERA ESPITIA ROSA ELIZABETH,** con cédula de ciudadanía No. 51.683.288 de Bogotá; realizó y aprobó el curso de Aprendizaje **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**Certificado de Aptitud Profesional Registro No. 86-01174 del tres (3) Septiembre de 1986 .

La presente constancia se expide en Bogotá a los veintidos (22) días del mes de Mayo de mil novecientos ochenta y siete (1987).

ARNULFO HERNANDEZ GARCIA

VALENCIA DE AUTENTICACION
ante la Notaria Veinte Encargado del Circulo de
[illegible] que autorizan el anterior escrito
[illegible] aparecen registradas en la Notaria.
Arnulfo Hernandez Garcia
En Bogotá, a los 20 MAY
NOTARIA VEINTE DEL CIRCULO

LICEO PARROQUIAL SAN GREGORIO MAGNO

RES 7456 del 13 de NOV 1998 y 5678 del 12 DIC 2006

"En busca del hombre y del conocimiento para una nueva sociedad"

Los suscritos Rector y Secretario Académico del ***LICEO PARROQUIAL SAN GREGORIO MAGNO*** autorizados por medio de la Resolución No. 14-013 del 30 de Abril de 2015, emanada por la Secretaría de Educación de Bogotá para expedir los certificados, diplomas, actas correspondientes al plantel denominado ***CORPORACION INSTITUTO LA RABIDA (CERRADO)***

Acta Individual de Grado

En la ciudad de Bogotá D.C. a los veintitrés (23) días del mes de Octubre del año dos mil quince (2.015), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de la estudiante de último grado año ***1.981 INSTITUTO SANTA MARIA DE LA RABIDA (CERRADO)***, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del ***LICEO PARROQUIAL SAN GREGORIO MAGNO,*** institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C. Para otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO ,** según Resolución No. 7456 del 13 de Noviembre 1.998 Y 5678 del 12 de Diciembre de 2006.

Comprobada la situación Legal y Académica de la estudiante que cursó y aprobó los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO;** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Herrera Espitia Rosa Elizabeth
C.C N° 51.683.288 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 1 del 23 de Octubre del año 2.015 en lo pertinente.

Comienza con el nombre de **Herrera Espitia Rosa Elizabeth** y cierra con el nombre de **Herrera Espitia Rosa Elizabeth.** Firmado por: **RAFAEL HERNÁNDEZ ARÉVALO Pbro.** (Rector) y **NELSON EDUARDO BOGOTA RODRIGUEZ** (Secretario).

Dado en Bogotá D.C. a los veintitrés (23) días del mes de Octubre del año dos mil quince (2.015)

LICEO PARROQUIAL

Pbro. RAFAEL HERNÁNDEZ ARÉVALO
CC. 3.068.611 de La Calera- Cundinamarca
Rector

LICEO PARROQUIAL SECRETARIA SAN GREGORIO MAGNO

NELSON EDUARDO BOGOTÁ RODRÍGUEZ
CC. 79.210.656 de Soacha-Cundinamarca
Secretario Académico

DUPLICADO. Decreto 180 de 1.981

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:

ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA

C.C.: 51683288

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría de Salud

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE Y
EMEDE S.A.S.

MD S.A.S
eMeDe SERVICIOS S.A.S.

OTORGA EL SIGUIENTE CERTIFICADO A:

ELIZABETH HERRERA

Por su asistencia a la capacitación en Entrenamiento en el modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva y Prevención. Asesoramiento en IVE y Procedimiento de ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA PARA ATENCIÓN DE PACIENTES, realizado el 02 de DICIEMBRE de 2015 , con una duración de 12 horas.

JORGE EDUARDO CARO
GINECOOBSTETRA
COORDINADOR CONVENIO
eMeDe SERVICIOS S.A.S

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL E.S.E.

HACE CONSTAR QUE

ELIZABETH HERRERA

ASISTIÓ AL SIMPOSIO EN

PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

CON UNA INTENSIDAD DE SEIS (6) HORAS TEÓRICO-PRÁCTICAS

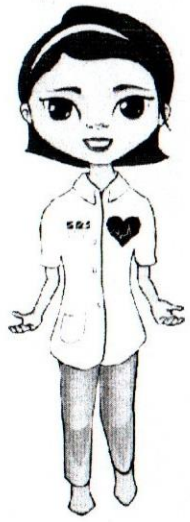
FERNANDO ANÍBAL PEÑA DÍAZ
GERENTE

BOGOTÁ D.C., 16 DE JULIO DE 2015

BOGOTÁ HUMANA

HOSPITAL MEISSEN

Hospital Meissen E.S.E



Otorga certificado a:

ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA

Con C.C. N° 51683288

Asistió a la capacitación en los protocolos de intervención en las Unidades de Recién Nacidos URN, del Programa Mentes y Puertas abiertas de acuerdo al convenio 1888 con la Secretaria Distrital de Salud.

Dr. Leonardo Alfonso Morales H.
Gerente.

Dra. Liliana Ortiz Valderrama
Líder de Proceso Salud Mental
Convenio 1888

"Por la integralidad en la salud con respeto y transparencia"

12

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO– GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

CÓDIGO: ET-GT-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-11-25

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Rosa Elizabeth Herrera Espitia 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 de Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Elizabeth Herrera E

No. de documento: 51.683.288

Tarjeta profesional No: 51.683.288

Dirección de contacto: Cll 22 H N. 58 B 39 Sur

Teléfono: 7313582 - 3112508760

INSTITUTO MATERNO INFANTIL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE:

La señora **ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA,** identificada con la cédula de ciudadanía No.51.683.288 de Bogotá, labora en la Institución con el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, con experiencia en el área de Ginecoobstetricia y Neonatología.

La presente se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., a los Diez (10) días del mes de julio de dos mil seis (2006).

Cordialmente,

ENF. ELSA MYRIAM PEDRAZA ARIAS
Jefe Departamento de Enfermería

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Certificación No. 071

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

La señora **ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA,** identificada con CC. Nº 51.683.288, 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 TERMINACION	VALOR C-TO
241 DE 2006	07-11-2006	06-01-2007	$ 1.481.760
53 DE 2007	01-01-2007	30-04-2007	$ 3.600.000
694 DE 2007	01-05-2007	15-09-2007	$ 4.050.000
1685 DE 2007	16-09-2007	31-12-2007	$ 3.150.000
36 DE 2008	01-01-2008	31-10-2008	$ 8.606.250
516 DE 2009	01-02-2009	30-09-2009	$ 7.210.000
1166 DE 2009	01-10-2009	10-01-2010	$ 3.070.000
41 DE 2010	11-01-2010	31-12-2010	$ 10.944.600
466 DE 2011	01-01-2011	31-12-2011	$ 11.566.800
288 DE 2012	01-01-2012	31-12-2012	$ 11.860.200
606 DE 2013	01-01-2013	31-12-2013	$ 12.561.600
624 DE 2014	01-01-2014	31-12-2014	$ 12.991.800
668 DE 2015	01-01-2015	31-12-2015	$ 13.395.600
652 DE 2016	01-01-2016	09-01-2017	$ 13.688.400
PS 1368 2017	10-01-2017	09-01-2018	$ 18.177.000
PS 0717 2018	10-01-2018	09-10-2018	$ 13.823.040

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

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

OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS ÚLTIMO CONTRATO

1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad2. 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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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.15. Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.16. Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y realizar los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran.17. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.18. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.19. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados.20. Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal. 21. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.22. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.23. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 18 días del mes de septiembre de 2018.

La presente certificación se expide con base en la información que se encuentra registrada en las Bases de Datos de las vigencias anteriores al 31 de marzo de 2016, transferidas por los antiguos Hospitales que conforman la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**, según las disposiciones del Decreto No. 029 de 2015 que reglamenta el proceso de entrega y-o transferencia de los archivos públicos de las entidades que se suprimen, fusionen, privaticen o liquiden; y que desarrolla el artículo 20 de la Ley 594 de 2000 y el artículo 39 del Decreto Ley 254 de 2000, y con la información de las bases de datos de la Subred a partir del 1 de abril de 2016.

Para mayor información favor comunicarse al celular 3023399604 o dirigirse a la Avenida Caracas # 33A-11, Dirección 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.
Proyecto: Adonay Neira Jolro-Apoyo Administrativo OPS
Revisó: Luz Helena Hernández Palacios- Profesional Especializada OPS

(19)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.683.288**

HERRERA ESPITIA

APELLIDOS

ROSA ELIZABETH

NOMBRES

Elizabeth Herrera

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1962**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-JUN-1981 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00258495-F-0051683288-20101003 0024221333A 1 35125486

(19)

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14322064243

(415)7707212489984(8020) 000001432206424 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 6 8 3 2 8 8	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERRERA	ESPITIA	ROSA	ELIZABETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 22 H 58 B 39 SUR

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
eliherrera97@latinmail.com		7 3 1 3 5 8 2	3 1 1 2 5 0 8 7 6 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	1 9 8 6 0 6 3 0					3 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 1 2 0 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre HERRERA ESPITIA ROSA ELIZABETH
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 13-03-2015
Hora: 10:31:29 AM

CONTRIBUYENTE NIT 51683288-1 ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA

Información

Dirección KR 22 H 58 B 39 SUR B.

Teléfonos 7313582-3112508760

Dirección ELIHERRERA97@LATINMAIL.COM

Fax

Información de

Fecha Inscripción 13/03/2015

Soporte Inscripción 9042916

Fecha Inicio Actividades 30/06/1986

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica 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

BOGOTÁ HUMANA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
No. AE
EXP. 14.06.98
HERRERA ESPITIA
ROSA ELIZABETH
5168
AUXILIAR DE ENFERM
Elizabeth Herrera E.

(22)

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número **9197** 13 JUL 1987

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA con cédula de ciudadanía número 51.683.288 de Bogotá ha solicitado el registro de su Certificado

De AUXILIAR DE ENFERMERIA

Que le otorgó EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

El 30 de junio de 1.986

Que dicho se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de

Al folio del Libro de

Que

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

HUMBERTO CORDOBA W.
Director Vigilancia y Control

JUDITH GUZMAN IBARRA
Jefe Sección Profesiones

Mag.

(12)

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número **9197** 13 JUL 1987

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA con cédula de ciudadanía número 51.683.288 de Bogotá ha solicitado el registro de su Certificado De AUXILIAR DE ENFERMERIA
Que le otorgó EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
El 30 de Junio de 1.986
Que dicho se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de
Al folio del Libro de
Que

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

HUMBERTO CORDOBA W.
Director Vigilancia y Control

JUDITH GUZMAN MARRA
Jefe Sección Profesiones

Rap.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación * Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación * 51683288

Primer Nombre * rosa

Primer Apellido * herrera

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-04→11:29:22 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	51683288	ROSA	ELIZABETH	HERRERA	ESPITIA	**Ver**

Información Detallada [CC: 51683288] ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA

2018-12-04→11:29:22 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1987/7/13	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).

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Rosa Elizabeth

Apellidos: Herrera Espitia

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No 51683288

Fecha de Nacimiento: Día 20 Mes 11 Año 1962

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	22-NOV-17	0341500SA 9/18	S Red C-D
	2	26-12-17	0341500SA 9/18	S.Red C.D
	3	DT MAR 2018	UFX17002B	Inmunosalud
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	Anual	22-NOV-17	V5021701S 9/18	S Red C-D
Virus de Papiloma Humano				

(85)

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Ciudad: Bogotá

Fecha de certificado: 23 de Julio de 2016 Certificado de: Ingreso

1. DATOS PERSONALES

Nombre(s) y apellido(s): ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA
Cédula de ciudadanía N°: 51683288 DE BTA
Cargo: AUXILIAR ENFERMERIA

2. CONCEPTO

El médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo referidas por el trabajador, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

APTO [▪]
APTO CON RESTRICCIÓN TEMPORAL [ ]
APTO CON RESTRICCIÓN DEFINITIVA [ ]
NO APTO [ ]

3. RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

- Capacitación en higiene postural
- Pausas activas: CADA 3 HORAS CON ACTIVIDAD REPETIDA
- Uso de elementos de protección personal según exposición
- Hábitos nutricionales saludables
- Actividad física regular
- Seguimiento en sistema de inteligencia epidemiológica: NO APLICA
- Control periódico: OPTOMETRIA
- Actualizar esquema de vacunación: INFLUENZA ANUAL

4. RESTRICCIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

NINGUNA

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

Marcela Solano P.
Médico Salud Ocupacional
U. del Rosario
C.C. 53.150.629
Firma - Medico Ocupacional
L.S.O. Nº 4626/2014

Firma del trabajador
c.c. 51 683.288 Bta

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:

ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA

C.C.: 51683288

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA

c.c. .: 51.683.288

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá, a los 28 días del mes de Noviembre de 2018.
Validez 2 años.

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

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

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

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

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

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

FECHA: Dic 12018 CIUDAD: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Herrera	Espitia	Rosa	Elizabeth

TIPO DE IDENTIFICACION	No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	51.683.288	Bogota	1981-06-30
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1962-11-20	Bogotá	Colombia	Colombia

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO:	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A)		2	3112508760

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA:
Cra 22 H N° 58B-39 Sur	Bogota	Cundinamarca	Colombia	7313582

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET:	TIPO DE VIVIENDA:		
Elizherrera1990@mail.com		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL.		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐ ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐		SI ☐	NO ☒	8622	
	NO ☒		ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

D: ET-CA-FT- 011
N: 02
: 2017-08-22

SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Centro Oriente			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐		NIT	900959051-7	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ ANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ IENTOS MEI ☐ AMENTOS ☐					
OTRA ☐ CUAL:					

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 10 #1-66	2971315	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Aux de Enfermeria	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	6-11-2006	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA ($ PESOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1'000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1'514.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	80,000,000	DEUDAS TERCEROS	16,000,000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1'514'000	TOTAL EGRESOS	1000000	TOTAL ACTIVOS	80,000,000	TOTAL PASIVOS	16,000,000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Barrios	Pinzon	Brainer	Humberto
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cra 8 # 45-50	Bogotá	Amigo	3104808415

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	Ahorros	126041133	Av Jimenez	4010000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Auxiliar de Enfermeria

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

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

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distritni.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION:

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacion de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadas de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financinción del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamiente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, seran : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogota DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentroriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo dar [illegible]

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

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

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

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

Elizabeth Herrera E

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

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 cedula:		

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **51683288,** se encuentra afiliado (a) desde **18/07/1985** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

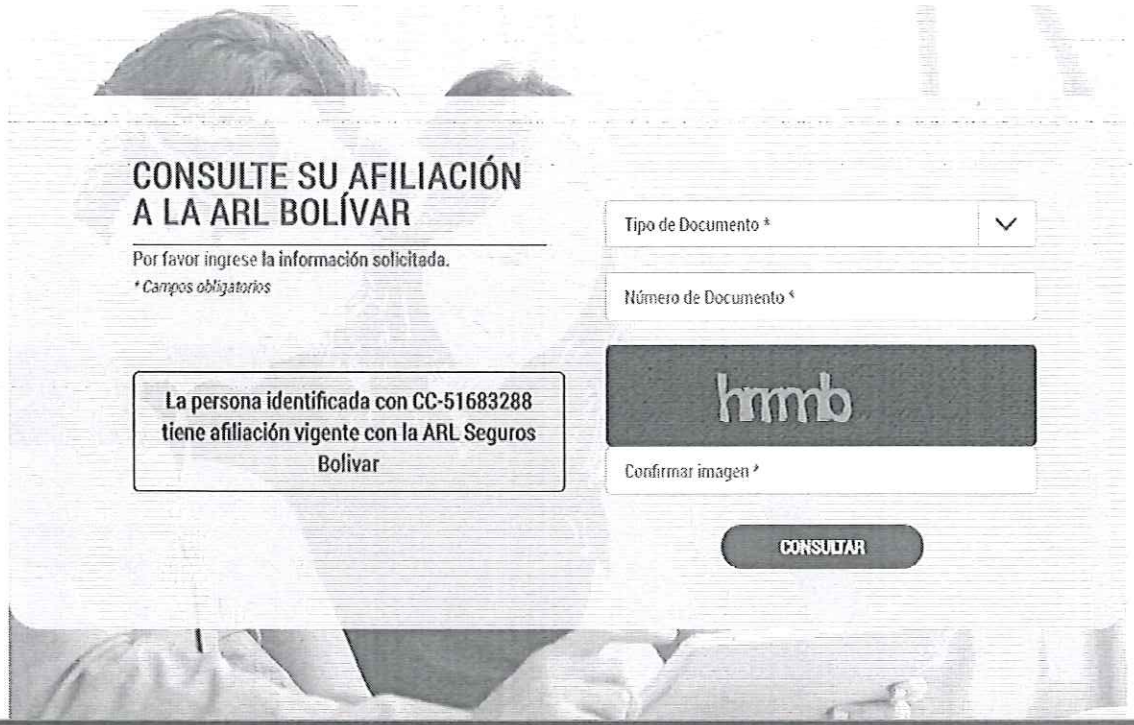
La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de noviembre de 2018.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Consultas > Consulta Pública ARL > Afiliación trabajador



CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-51683288 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

hmmb

Confirmar imagen *

CONSULTAR

© 2016 - Seguros Bolivar - Todos los derechos reservados 2016

Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

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

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
Hospital La Victoria

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51.683.288
Numero de Documento

Seguros Bolivar
ARL

Rosa | Elizabeth | Herrera | Espitia
Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

20-11-67 | Bogotá | Kra 22 H N° 58 B-39 | 7313582
F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo

famisanar | Colpensiones | $
EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios

Auxiliar de Enfermeria | Fecha Inicio del Contrato
Objeto Contractual (Cargo)

el.herrera1120@gmail.com | 3112508760
Correo Electrónico | Celular

Elizabeth Herrera E
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Carrera 12d N° 25a - 62 Tel: 596 56 00 Ext. 1006 - 1018

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118473549

WEB
23:46:33

Bogotá DC, 27 de noviembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51683288:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 27 de noviembre de 2018, a las 23:40:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51683288
Código de Verificación	51683288181127234056

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2563428

Bogotá D.C., 27 de Noviembre de 2018 - 23:41 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C

51683288

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 23:43:00 horas del 27/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **51683288**
Apellidos y Nombres: **HERRERA ESPITIA ROSA ELIZABETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

BBVA Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

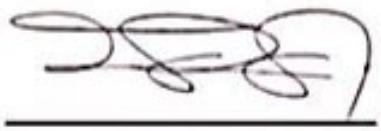
Que nuestro(a) cliente **ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 51.683.288** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 126041433** aperturada el **11 de marzo de 2000**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **01** días del mes de **diciembre** del año **2018**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0126041433**
Cuenta de 16 dígitos: **0126000200041433**
Cuenta de 20 dígitos: **00130126000200041433**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

VIGILADO

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

Scanned with CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ROSA ELIZABETH HERRERA ESPITIA identificado(a) con CC 51683288 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**15/02/2001**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

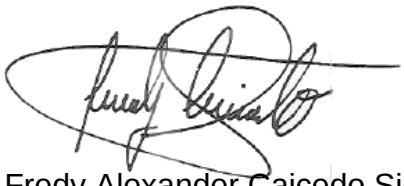
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 04 días del mes de diciembre del año 2018 .

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.