Confirmación del registro de la compañía

Salir para actualizar el registro de la compañía

Felicidades CECILIA GARCIA SILVA

¡Su empresa CECILIA GARCIA SILVA con número de identificación fiscal 40001758 fue creada con éxito!

Se le ha asignado el rol de Responsable de esta empresa, lo que le permite administrar la información empresarial de la empresa. Si lo desea, puede asignar este rol a

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 30-nov-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GARCIA	SILVA	CECILIA CECILIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40091758

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 17 MES JUL AÑO 1975

PAÍS: Colombia

DEPTO: Caquetá

CIUDAD: El Paujíl

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: DIAGONAL 50 # 54-23 SUR

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 3223799196

EMAIL: cegasi75@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES JULIO AÑO 2009
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJET PROFESIONA
TC	3	X		TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA	7	2002	119

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 30-nov-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
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3283105	DIA 1 MES 2 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CRA 14B # 1 -45 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3283105	DIA 22 MES 12 AÑO 2016	DIA 1 MES 2 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR EN NFERMERIA	ASISTENCIAL	CRA 14 B # 1- 45 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL FONTIBON	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4860033	DIA 12 MES 2 AÑO 2013	DIA 30 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CARRERA 14 B # 01- 15

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	3	4
PRIVADO	0	0

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 30-nov-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	3	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá, DIC 12 /2018

Cecilia García Silva

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 SID PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 30-nov-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CECILIA CECILIA GARCIA SILVA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 40091758 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección DIAGONAL 50 # 54-23 SUR **Teléfonos** 3223799196 3223799196

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA DE JESUS SILVA	481851	MADRE
YAIRA GISELA CAMACHO GARCIA	1033798057	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	$ 16.800.000,00
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	$ 16.800.000,00

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
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	7380761754	FONTIBON	$ 20.150,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 30-nov-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Cecilia García Silva
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 30-nov-2018
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

República de Colombia

y en su nombre

Centro de Educación para Adultos
Alto Guadualito
El Paujil Caquetá

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental
Según Resolución No. 00516 del 26 de Julio de 2004.

Confiere a:

Cecilia García Silva

Identificado(a) con C. C. No. 40.091.758 de Paujil

El título de:

Bachiller Académico

Por haber Cursado y aprobado los estudios correspondientes a
Nivel de Educación Básica Secundaria en virtud de la
Ley 115 sus reglamentarios y Decreto 3011 de 1997

Directora

Secretaria

Dado en Paujil Caquetá, a los 06 días de Diciembre de 2003.

Scanned by CamScanner

República de Colombia

La Escuela de salud María Auxiliadora

Con Autorización Oficial Mediante Acuerdo Ejecutivo No. 045 del Ministerio de Salud
Resolución No. 00805 del 9 de Octubre de 2001 emanada por la Secretaría de Educación del Caquetá

Teniendo en cuenta que:

Cecilia García Silva

C.C. 40'091.758 de Paujil - Caquetá

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

Auxiliar de Enfermería

En Constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la ciudad de Florencia a los 6 días del mes de Julio de 2002

ESCUELA DE SALUD
SECRETARIA

Secretario

Scanned by CamScanner

Folio 9

CENTRO EDUCATIVO PARA ADULTOS
ALTO GUADUALITO

Acreditado por Resolución No. 00516 del 26 de Julio de 2002
de la Secretaría de Educación Departamental del Caquetá

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En el Paujil (Caquetá) a los seis (6) días del mes de diciembre del año 2003 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rectora y Secretario, en la Rectoría del **CENTRO EDUCATIVO PARA ADULTOS ALTO GUADUALITO** Institución aprobada según Resolución No. 00516 del 26 de Julio de 2002 de la Secretaría de Educación Departamental del Caquetá, en el nivel de **EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA** para otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO**.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de **EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA** se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADEMICO**, al graduando cuyo nombre, apellidos y numero de documento de identidad se relación a continuación:

CECILIA GARCIA SILVA

C.C. No. 40.091.758 de El Paujil

Es fiel copia del Acta general original No. 08 de fecha seis (6) de Diciembre de 2003 que consta de veinticinco (25) alumnos graduados, que comienza con el nombre de **ACUÑA MAIRA YANETH** y se cierra con el nombre de **VARGAS RAMÍREZ ADRIANA MILETH.**

En constancia se firma la presente acta por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenad en el Artículo 7° del Decreto 1860 de 1981, Artículo 27 del Decreto 3011 de 1997

Firmado por: Raquel Parra Ángel (Rectora) y Omar Tapiero García (Secretario)

Dada en El Paujil (Caquetá) a los seis (6) días del mes de Diciembre de 2003

Rector(a)

C.C. No. 40 732 764

Secretario(a)

C.C. No. 12 263.424 de Pital

Scanned by CamScanner

Escuela de Salud

María Auxiliadora

ACTA DE GRADO No. 119

La Escuela de Salud María Auxiliadora, Institución con Autorización Oficial otorgada por el Ministerio de Salud mediante Acuerdo Ejecutivo No. 045 y licencia de funcionamiento otorgada por la Secretaría de Educación del Caquetá, según resolución No. 00805 en atención a que el estudiante.

CECILIA GARCIA SILVA

C.C. No. 40.091.758 de Paujil-Caquetá

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional de:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta a los 06 días del mes de Julio de 2002.

Scanned by CamScanner

Item 9.

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: AP-TH-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-01-16

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Enfermeria Maria Auxiliadora
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Cecilia Garcia Silva 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:

Tecnico En Auxiliar de Enfermria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Cecilia Garcia

No. de documento: 40.091758

Tarjeta profesional No: 01980

Dirección de contacto: Dig. 50 # 54-23 Sur

Teléfono: 322 3799196.

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Fontibón

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: 20152400001801
Fecha: 16-01-2015

Bogotá D.C., Viernes, 16 de Enero de 2015

EL ASESOR JURIDICO
DEL
HOSPITAL FONTIBÓN E. S. E.
NIT 830.077.650-1
CERTIFICA

Que **CECILIA GARCIA SILVA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **40.091.758** de **PAUJIL (CAQUETA)** Desarrolló actividades en esta institución a través de los siguientes contratos de prestación de servicios:

CONTRATO No.	**1169-13**
OBJETO	Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería para procesos de Salud Pública en el Hospital Fontibón E.S.E.
FECHA DE INICIO	12 de Febrero de 2013
TERMINO DE CONTRATO	31 de Enero de 2014
VALOR MENSUAL	UN MILLÓN TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS ($1'346.397) M/CTE

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA: En Cumplimiento del objeto descrito anteriormente, se considera necesario el desarrollo de las siguientes actividades:

1, Realizar, liderar o apoyar las diferentes actividades: toma y envío de muestras, vacunación, suplementación, citología (si fuera necesario), en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a los proyectos especiales o Territorios y/o componentes a los que sea designado, afines al perfil laboral conforme a lo establecido por lineamientos, estándares y portafolio en el contrato vigente entre el Hospital y la Secretaría Distrital de Salud.

2, Brindar asesoría técnica, atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Fontibón

CONTRATO No.	1008-14
OBJETO	Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería para procesos de Salud Pública en el Hospital Fontibón E.S.E
FECHA DE INICIO	01 de Febrero de 2014
TERMINO DE CONTRATO	30 de Diciembre de 2014
VALOR MENSUAL	UN MILLÓN TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS ($1'346.397) M/CTE

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA: En Cumplimiento del objeto descrito anteriormente, se considera necesario el desarrollo de las siguientes actividades:

1, Realizar, liderar o apoyar las diferentes actividades: toma y envío de muestras, vacunación, suplementación, citología (si fuera necesario), en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a los proyectos especiales o Territorios y/o componentes a los que sea designado, afines al perfil laboral conforme a lo establecido por lineamientos, estándares y portafolio en el contrato vigente entre el Hospital y la Secretaria Distrital de Salud.

2, Brindar asesoría técnica, atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad en temas como: SGSS, vacunación, eventos de interés en Salud Pública, normatividad Sanitaria y Ambiental, según línea de intervención o actividad al que sea designada.

3, Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnético de fácil consulta y verificación con el censo actualizado, conforme a lo establecido por los lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud y el Hospital.

4, Apoyo a las acciones de las diferentes actividades de las líneas de acción de Salud Pública o portafolio de servicios institucionales cuando sea requerido.

5, Atención, recepción, seguimiento y/o canalización de casos acorde a la situación de vulnerabilidad de la comunidad.

6. Atender el servicio de vacunación asignado y diligenciar completamente los formatos de seguimiento del programa, informar a los usuarios el esquema de vacunación y las posibles reacciones post-vacúnales que se puedan presentar.

7. Notificar al área de Vigilancia los usuarios que no puedan ser vacunados, los evento de notificación obligatoria.

8. Controlar diariamente la temperatura de la nevera donde están los biológicos vacunación; realizar el lavado de nevera de acuerdo a programación establecida.

Scanned by CamScanner

HOSPITAL FONTIBON
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

LA SUSCRITA COORDINADORA PAI

Certifica que:

La Auxiliar de Enfermería GARCIA SILVA CECILIA, identificada con Cédula de Ciudadanía No 40.091.758, Se encuentra entrenada en el Manejo y Aplicación de Biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones. (PAI)

Dado en Bogotá; En el mes Octubre de 2014

ANGELA LUCIA VELANDIA
Coordinadora Territorios Saludables

Diana M. Ayala M.
C.C. 52.731.257
Enfermera S.U.C.S.
Coordinadora PAI

DIANA MILENA AYALA MORENO
Enfermera Coordinadora PAI

Hospital Fontibón ESE

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur
Subred Sur Occidente E.S.E

HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HACE CONSTAR:

QUE UNA VEZ REVISADAS LAS BASES DE DATOS QUE SE ENCUENTRAN EL ÁREA JURÍDICA, SE CONSTATA QUE LA SEÑORA(OR) GARCIA SILVA CECILIA IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANÍA NO, 40091758 SUSCRIBIÓ CON EL HOSPITAL DEL SUR ESE, LA ORDEN DE SERVICIO QUE SE RELACIONA MÁS ADELANTE, CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CONOCIMIENTOS COMO: AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI, AUXILIAR 5, LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 1439 DE 2013, CON EL FIN DE REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN TERRITORIAL EN SALUD Y EL PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ HUMANA 2012 – 2016, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN EN LOS DIFERENTES TERRITORIOS, MEDIANTE

No. De contrato	Principal,adiciòn,prorroga,modificación, aclaración,suspensión,reinicio, adición y prorroga ,adición y modificación(especificar)	Perfil	Duración	Fecha Incio	Fecha de finalización D/M/AAAA	Valor del contrato
1706	Principal	AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI	VEINTE (20) DIAS CALENDARIO	12 DE MARZO DE 2015	31 DE MARZO DE 2015	1000000
2249	Principal	AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI	CINCO (5) MESES	01 DE ABRIL DE 2015	31 DE AGOSTO DE 2015	7774500
3250	Principal	AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI	DOS (2) MESES	01 DE SEPTIEMBRE DE 2015	31 DE OCTUBRE DE 2015	3109800
3838	Principal	AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI	VEINTIOCHO (28) DIAS CALENDARIO Y UN (1) MES	03 DE NOVIEMBRE DE 2015	31 DE DICIEMBRE DE 2015	3109800
147	Principal	AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI	VEINTIOCHO (28) DIAS CALENDARIO	01 DE ENERO DE 2016	31 DE ENERO DE 2016	1554900
1195	PRINCIPAL	AUXILIAR	QUINCE (15) DIAS CALENDARIO	01 DE FEBRERO DE 2016	15 DE FEBRERO DE 2016	777450
1384	PRINCIPAL	AUXILIAR	CATORCE (14) DIAS CALENDARIO Y TRES (3) MESES	16 DE FEBRERO DE 2016	31 DE MAYO DE 2016	5810585
1384	Adicion y Prorroga	AUXILIAR	UN (1) MES	1 DE JUNIO DE 2016	30 DE JUNIO DE 2016	1660167

Scanned by CamScanner

OBLIGACIONES

1. Aplicación de inmunobiológicos de acuerdo al esquema Unico Nacional Vigente y desarrollar actividades, de acuerdo al cronograma establecido dentro del programa PAI.
2. Diligenciar el SIS 151 y/o registro diario (formato físico).
3. Dar lectura e interpretación del carné de vacunas y programación de próximas citas de acuerdo al esquema correspondiente.
4. Identificar población objeto del PAI (0-5 años 11 meses y 29 dias, jóvenes de 10 a 20 años, niñas escolarizadas, mujeres en edad fertil de 10 a 49 años, gestante y adultos de 60 años y más).
5. Garantizar la aplicación de mínimo 15 esquemas trazadores entre población menor y mayor de un año.
6. Intervenir en zonas marginales, con limitaciones de acceso a la prestación de los servicios de salud.

Las órdenes relacionadas anteriormente no generan relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.
Se expide la presente constancia a solicitud del interesada a los VEINTISIETE (27)DIAS DEL MES DE JUNIO DE

Cordialmente,

ALVARO DE JESUS GALVIS BARRIOS
Asesor Jurídico
RED- INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
UNIDAD DE ATENCION DEL SUR,

Calle 9 # 39-46
Código postal 110851
Tel: 375 3569
Info: Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

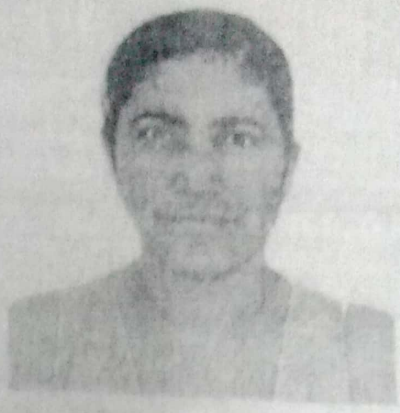
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.091.758

GARCIA SILVA
APELLIDOS

CECILIA
NOMBRES

Cecilia Garcia S.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1975

EL PAUJIL
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

A-
G.S. RH

F
SEXO

29-OCT-1993 EL PAUJIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4685000-43156313-F-0040091758-20070221 00502 07052N 03 216808325

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14229811301

(415)7707212489984(8020) 000001422981130 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 4 0 0 9 1 7 5 8 — 9

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 4 0 0 9 1 7 5 8

27. Fecha expedición: 1 9 9 3 1 0 2 9

Lugar de expedición — 28. País: COLOMBIA — 1 6 9

29. Departamento: Caquetá — 1 8

30. Ciudad/Municipio: El Paujil — 2 5 6

31. Primer apellido: GARCIA

32. Segundo apellido: SILVA

33. Primer nombre: CECILIA

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

41. Dirección principal: DG 50 A SUR 54 23

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 3 2 1 3 1 0 0 1 8 1

45. Teléfono 2:

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	2 0 0 8 0 4 2 9						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	0																

20- Obtención NIT

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 X NO

60. No. de Folios: 3

61. Fecha: 2 0 1 3 0 2 1 2

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 irregularidad 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: RANGEL BERNAL JHONNATAN ANDREY

985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF 21-12-2015 09:2

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 21-12-2015
Hora: 9:44:47 AM

CONTRIBUYENTE NIT 40091758-9 CECILIA GARCIA SILVA

Información General

Dirección DG 50A SUR 54 23

Teléfonos 3213100181

Dirección electrónica cegesi75@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 03/03/2015

Soporte Inscripción 16538545

Fecha Inicio Actividades 29/04/2008

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # 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 Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000325035

Scanned by CamScanner



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CECILIA
GARCIA SILVA
C.C. 40091758

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 03/12/2013

Scanned by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DEL CAQUETA
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
NIT. 800198972-6

RESOLUCION NUMERO 18 01980 **DE 2002**
Por medio de la cual se ordena el ejercicio de una Profesión

EL DIRECTOR
DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETA
De conformidad con el Decreto 001875 de agosto de 1994, y

CONSIDERANDO

Que, **CECILIA GARCÍA SÍLVA** ***
Identificado(a) con cédula de Ciudadania No.40.091.758 de EL PAUJIL
ha solicitado el registro de su Certificado de Aptitud Ocupacional como :
AUXILIAR DE ENFERMERIA ***
Que le otorgó **ESCUELA DE SALUD MARIA AUXILIADORA**

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO : Registrar el Certificado que autoriza a
CECILIA GARCÍA SÍLVA ***
Identificado(a) con C.C. No. 40.091.758
Para ejercer la profesión de :
AUXILIAR DE ENFERMERIA
En el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Florencia, 02 AGO. 2002

MIGUEL DELIO ESPINOSA SANCHEZ
Director

Scanned by CamScanner

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 *

40091758

Primer Nombre *

cecilia

Primer Apellido *

garcia

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-04→7:49:50 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	40091758	CECILIA		GARCÍA	SÍLVA	**Ver**

Información Detallada [CC: 40091758] CECILIA GARCÍA SÍLVA

2018-12-04→7:49:50 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2002/8/02	GOBERNACIÓN DEL CAQUETA

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 requisito se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por 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).

Scanned by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5		HEPAVAX	
Contra Hepatitis B	1	18-OC-2006	04340270S 25/11/2018	IPS VACUNAR COLOMBIA
	2	19-11-16	04240241 3	IPS VACUNAR COLOMBIA
	3	21-05-17	UA4940 3412	IPS VACUNAR COLOMBIA

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	13-02-15	HSUR	
Contra Influenza	Una	27-06-16	D3871	Jcmp
Otras				

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Cecilia García Silva
Apellidos	
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 40091758
Fecha de Nacimiento:	Día: 17 Mes: 07 Año: 1975

Scanned by CamScanner

Item 29

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	12 DIC 2018	ENGERIX B AHBVC564AN 30/05/2020	E.O.R. VACUNACIÓN
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

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

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN Vacunación

Cod. del Prestador 110010012802

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 750

NOMBRE: Cecilia Garcia Silva

IDENTIFICACIÓN: 40091758 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 17/07/75 TEL.: 3223799196

Cra. 21 No. 22-40 Piso 2 Consultorio 205 B. Olaya

661 2676 322 721 7501

Scanned by CamScanner

Item 29

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

DATOS DEL PACIENTE. Bogotá D.C, 31/oct./2016 08:56 am



Nombres: CECILIA GARCIA SILVA
Tipo de Documento: CC **Documento** 40091758
Sexo: F **F. Nacimiento:** 17/jul./1975 **Edad:** 41.3 años
Entidad: PACIENTE PARTICULAR **Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha y Hora entrega resultados: 31/oct./2016 8:58 a

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de **INGRESO**, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

1	APTO (A) FISICA Y MENTALMENTE PARA EL CARGO	Si	X
2	APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO INTERFIEREN CON SU FUNCION	Si	
3	CON RESTRICCION TEMPORAL PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si	
4	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si	

Tipo de Restriccion:
Duración:

RECOMENDACIONES:

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida
	Consulta de optometría para formulación de trastorno refractivo
X	Otras: SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE TA. Y CONTROL POR MEDICO TRATANTE. USO DE MEDIAS
	DE BAJA PRESION PARA VARICE DIARIO. PAUSAS ACTIVAS. HIGIENE POSTURAL. CONTROL
	EXAMEN
	OCUPACIONAL ANUAL.

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica										**SI**
C.VISUAL		C.AUDITIVO		R. BIOMECANICO		NUTRICIONAL		CARDIOVASCULAR		
RIESGO QUIMICO				PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES						X

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda		Optometria		Agudeza Visual		Visiometria			
Espirometría		Audiometría		Frotis Garganta		KOH		RH		Coprológico	P. de O
Glucosa		Hemograma		Serología		P. Alcohol		Drogas		Baciloscopia (BK)	
E.K.G.		Manipulación de Alimentos				Vacuna Tétanos		Enfasis Cardiovascular			
Perfil Lipidico		Psicométrico		F. Hepatica		Alturas		Creatinina			

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera.
Cualquier omision o falsedad sera causa justa de finalizacion del contrato.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): ANDRES EDUARDO FLECHAS GONZALEZ RES. 25-5779/2015 GOB. CUNDINAMARC
Bogotá D.C, 31/oct/2016 08:56 am

Andrés Eduardo Flechas González
Médico Especialista
Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 25-5779/2015
GOBERNACIÓN CUNDINAMARCA

R.M.
Especialista Salud Ocupacional

Cecilia Garcia S.
Firma Examinado
C.C. No 40·091758

ISO 9001:2008
BUREAU VERITAS Certification
CO15.00035

Scanned by CamScanner

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:

CECILIA GARCIA SILVA

C.C.: 40091758

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 Junio de 2017

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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Secretaría de Salud

Item 29

Scanned by CamScanner

FUNDACION EDUCATIVA FUNDEINPRO

La fundación educativa FUNDEINPRO NIT. 900.709.510 - 4 Convenio interinstitucional con la ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA FORMATES resolución de aprobación 820 marzo 14 de 2003 y 2271 Junio 22 de 2006 S.E.B acuerdos 43 y 062 expedidos por el ministerio de salud Y 110155 DE JULIO DE 2011.

CERTIFICA QUE:

GARCIA SILVA CECILIA
C.C. 40.091.758 DE PAUJIL (CAQUETA)

ASISTIO AL CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO.

DADO EN BOGOTA EL DIA 12 DE DICIEMBRE DE 2018, CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS.

M.D. JHONNY LLANOS CORREA
REG.PRO.80.748.793
DIRECTOR GENERAL DE FUNDEINPRO

FIRMA DOCENTE DE CAPACITACION: _____

FIRMA MEDICO A CARGO: _____

SELLO

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

FECHA:	08-12-18	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		
Garcia	Silva	Ceilia			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	40091758	Pavil. Caqueta	29-10-1993
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
17-07-75	Pavil Caqueta	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	0	1	3223799196

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Diag 50 # 54-23 Sur	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3223799196

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Cegasi75@hotmail.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	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
			ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐

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

Scanned by CamScanner

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ UD ☒ — NIT: 900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ DEPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 # 5-A3	3444484	Bogota	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Auxiliar Enfermeria	22-12-2016

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1500.000 =	GASTOS FAMILIARES	200.000 =	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	400.000 =	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	1500.000 =	TOTAL EGRESOS	600.000 =	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Beltran	Hernandez	Nidia	Marcela
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/ O EXTENSION/CELULAR**
Dg 50 # 53-92	Bogotá	Amiga	9092026

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Davivienda	Cuenta Ahorros	738076754	Fontibón	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

trabajo Como Auxiliar de Enfermeria

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, complem modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la S 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 sancion posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE 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.

Scanned by CamScanner

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

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

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

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 Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual provienе de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes
4. Que los datos tambien seran tratados para fines 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 prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministranos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogacios 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 estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Cecilia García Silva

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CECILIA GARCIA SILVA identificado(a) con cedula ciudadania 40.091.758 , se encuentra en Mora en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
JUAN ANDRES ROJAS CAMACHO	HI	1025558708	RC	20170301	0	Mora en Aportes	118

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 5 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: YEIMY JHOANNA ROMERO
10500917

CER-AFI

e 1

Scanned by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CECILIA GARCIA SILVA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **40,091,758**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de ~~Noviembre~~ Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

Scanned by CamScanner

Centro Oriente E.S.E

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

40.091.758	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Cecilia		Garcia	Silva
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

16-07-1975	Caqueta	Dig 50 # 54-23 Sur	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Telefono Fijo

Compensar	porvenir	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar Enfermia	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Cegasi75@hotmail.com	3223794196
Correo Electrónico	Celular

Cecilia Garcia
Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No 52.431.204 Bta
Enfermera P.U.S.
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52.431.204

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119224928

WEB
13:31:22
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CECILIA GARCIA SILVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40091758:

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)

Scanned by CamScanner

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 23:29:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	40091758
Código de Verificación	40091758181213232946

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

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2611676

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 23:33 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) **CECILIA GARCIA SILVA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CUARENTA MILLONES NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO** de EL PAUJIL

40091758

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_TYN2A_3323
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 23:26:46 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **40091758**

Apellidos y Nombres: **GARCIA SILVA CECILIA**

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.

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/11

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora CECILIA GARCIA SILVA** con **Cédula de Ciudadanía** número **40091758** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número: **007380761754**
Fecha apertura: **2013/03/13**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1Rev 4 - 06

Scanned by CamScanner