

12/13/2018

Inicio



Autenticación

UTC -5 21:05:18

Blanca Patricia J...



Búsqueda

Mis procesos

Menu

Ir a

Buscar...

Id de página: 14051327 Ayuda ?

Última Actualización

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0

0

0

0

Suscripciones

En edición

Adjudicaciones pendientes

Invitaciones directas

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al SECOP II.

Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.



MESA DE
SERVICIO



Línea en Bogotá
7456766
Línea Nacional
018000 520808



Soporte técnico



Chat en línea



PQRS

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.

Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'

Mensaje Todos

Sin mensajes...

Más información

Oportun Recibidos

Sin oportunidades

Más información



Haga clic para acceder a la ayuda



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO JIMENEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) YARA	NOMBRES BLANCA PATRICIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 51715701	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES MAY AÑO 1964 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cra 11 a no 55-78 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3719264 EMAIL janismcjimenez@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO Bachiller académico			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1986

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	4	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	12 1995	AE-10385



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.

SIDE APO

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
subred de servicios de salud centro oriente ips la victoria	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5762345	DÍA 17 MES 4 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
auxiliar de enfermería	pediatría	diagonal 33 numero 3 este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
hospital la vistoria	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3527045	DÍA 20 MES 2 AÑO 2005		DÍA 17 MES 2 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de enfermería	pediatría	Dg 39 Sur No 3 20 Este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Cancerologico		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA 20 MES 1 AÑO 1996		DÍA 25 MES 11 AÑO 2000
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar De Enfermería	Pediatría, Partos, Radiología, Urgencias	ccl 1a n 9 85	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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



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: 16-dic-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PARTICULAR	0	0
TOTAL	17	1

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

18-12-2018 Bogotá

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

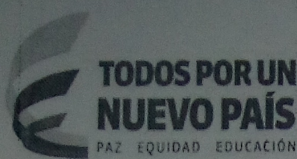
6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



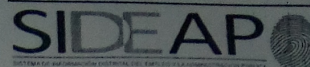
FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 51715701 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección cra 11 a no 55-78 sur

Teléfonos 3118948596 3719264

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSEPH EMMANUEL CARDONA JIMENEZ	1016593629	HIJO(A)
JANIS MARIA CARDONA JIMENEZ	1023965396	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 CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 18.144.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.144.000,00

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

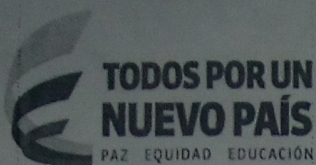
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008480272684	20 DE JULIO	\$ 10.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



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



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

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

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

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

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

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

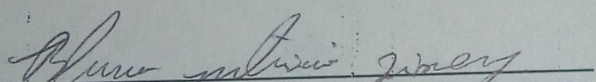
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
y en su nombre

EL COLEGIO JUAN REY

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución
No. 15605 DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 1979

CONFIERE A

Blanca Patricia Jiménez Yara

Identificado con C.C. No. 51.715.704 de Bogotá

el título de

BACHILLER ACADEMICO

*Por haber cursado y aprobado los estudios
correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional,
según los planes y programas vigentes.*

Humberto L. ...
Rector

Alfonso ...
Secretario

Dado en Bogotá a 29 de Nov. de 1986

Anotado al folio 67 Libro de Registro No. 82

Secretario de Educación

No 228160

[Signature]
En Bogotá a 27 de Septiembre de 1986

República de Colombia
Escuela de Auxiliares de Enfermería
Cemra

Acuerdo No. 01 del 4 de Marzo de 1993 Minsalud
Resolución No. 5624 de 1994 Mineducación



Teniendo en cuenta que

Blanca Patricia Jiménez Yara

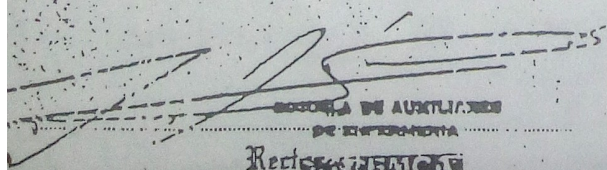
C.C. No. 51.715.701 de Bogotá

Asistió y aprobó satisfactoriamente los estudios de

Auxiliar de Enfermería

realizados del 17 de Enero de 1994 al 15 de Diciembre de 1995

Con una intensidad de 2.400 horas, le confiere el presente certificado.


Escuela de Auxiliares de Enfermería
Rectora

HORIS TELERA CARRERA

Directora

JUAN REY

JORNADA MAÑANA

Inscripción S. E. D. 2167

Inscripción Dane 31100125113

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de BOGOTA D. E. a los veintinueve (29) días del mes de Noviembre del año 1986, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del

COLEGIO JUAN REY

Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA, según Resolución No. 15605 del 14 de Septiembre de 1979.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER

ACADEMICO

al graduando cuyo nombre, apellido y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

(16) BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA C.C. 51.715.701 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 09 de fecha 29 Noviembre 1986

que consta de treinta alumnos que comienza con el nombre de FRANCISCO JAVIER BEJA

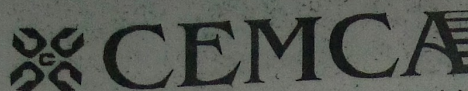
RANO RIOS y se cierra con el nombre de AURA PRISCILA VELANDIA HENDE

Firmado y sellado por HNA. MERCEDES FIERRO S. (Rector) a HNA. ANA ISMENIA PAEZ B. (Secretario).

Dada en Bogotá a los 27 días del mes de Enero de 1987

[Firma]
RECTOR
C.C. No. 29.224.840 de Bogotá
Firmado y Sellado DIRECCION BOGOTA

[Firma]
SECRETARIA
C.C. No. 109.106 de Bogotá
Firmado y SECRETARIA BOGOTA



ESCUELA DE AUXILIARES

DE ENFERMERIA

APROBACION

ACUERDO 01 DE MARZO DE 1993 MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCION 234 DE 1990 SECRETARIA DE EDUCACION

ACTA JUDICIAL DE GRADO

En la ciudad de Santafé de Bogotá, a los quince (15) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cinco (1995), se reunieron los suscritos Rector y Directora de la Escuela de AUXILIARES DE ENFERMERIA "CEMCA", con el fin de estudiar los resultados académicos y prácticos de los estudiantes de cuarto semestre, con el propósito de conferirles la certificación correspondiente como AUXILIARES DE ENFERMERIA.

Comprobada la situación académica y verificadas las diferentes actividades de prácticas de atención primaria y secundaria de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al último semestre de AUXILIARES DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar el certificado al egresando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

JIMENEZ YARA BLANCA PATRICIA
C.C. No. 51.715.701 de Bogotá.

Es fiel copia tomada del Acta General de Grado No. 007 de fecha quince (15) de diciembre de mil novecientos noventa y cinco (1995), que consta de 270 alumnos, que comienza con el nombre de ACOSTA RODRIGUEZ ANGELICA y termina con el nombre de WILCHES ROJAS HILDA ENITH, firmada y sellada por LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ (Rector) y MARIA TERESA CELY CLAVIJO (Directora).

Dado en Santafé de Bogotá D.C., a los dieciseis (16) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cinco (1995).

LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ
C.C. No. 17'037.843 de Bogotá

ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA

CEMCA

RECTORIA

MARIA TERESA CELY CLAVIJO
C.C. No. 51'735.987 de Bogotá

ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA

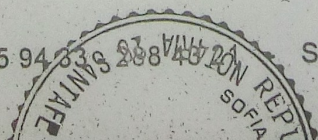
CEMCA

DIRECCION

Calle 36 No. 15-63



245 94 83



Santafé de Bogotá, D. C. - Colombia



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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

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

Hace constar que:

BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA
C.C 51715701

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

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

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 3 (tres) días del mes de diciembre de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO

Referente laboratorio clínico

Toxicología y servicio transfusional

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Bogotá D.C

Señores:

CENCA Escuela de Auxiliares de Enfermería
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Blanca Patricia Jimenez Yara, 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

Blanca Patricia Jimenez Yara

No. de documento:

51.715.701

Tarjeta profesional No:

AE-10385

Dirección de contacto:

Cra 11 A #55-78 sur

Teléfono:

3118948596

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.715.701

JIMENEZ YARA

APELLIDOS

BLANCA PATRICIA

NOMBRES

Blanca Patricia Jimenez Yara

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1964

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46

ESTATURA

A+

G.S RH

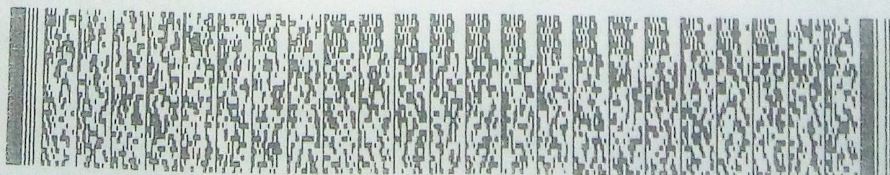
F

SEXO

15-AGO-1982 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00094643-F-0051715701-20081013

0004312136A 1

1370000683

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		MUNISCA		001	
2. Concepto: 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario: 14439774351			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 1 7 1 5 7 0 1 - 1				14. Buzón electrónico			
6. DV: 1				12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá			
24. Tipo de contribuyente: 2 Persona natural o sucesión ilíquida				26. Número de identificación: 5 1 7 1 5 7 0 1			
25. Tipo de documento: 1 3 Cédula de ciudadanía				27. Fecha expedición: 1 9 8 2 0 8 1 5			
Lugar de expedición: COLOMBIA				29. Departamento: Bogotá D.C.			
31. Primer apellido: JIMENEZ				33. Primer nombre: BLANCA			
32. Segundo apellido: YARA				34. Otros nombres: PATRICIA			
35. Razón social:				37. Sigla:			
36. Nombre comercial:				38. País: COLOMBIA			
39. Departamento: Bogotá D.C.				40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.			
41. Dirección principal: CR 11 A 55 78 SUR BRR LIBERTADORES				42. Correo electrónico: patricia1964@hotmail.com			
43. Código postal: 1 6 9				44. Teléfono 1: 3 7 1 9 2 6 4			
45. Teléfono 2:				46. Código: 8 6 9 2			
47. Fecha inicio actividad: 1 9 9 6 1 1 0 1				48. Código: 1 2			
49. Fecha inicio actividad:				50. Código: 1 2			
51. Código:				52. Número establecimientos:			
53. Código: 1 2				54. Código:			
55. Forma:				56. Tipo:			
57. Modo:				58. CPC:			
59. Anexos: SI NO X				60. No. de folios: 0			
61. Fecha: 2 0 1 7 1 1 3 0				Firma del solicitante:			
Firma autorizada:				984. Nombre: GUIO AVELLANEDA SANDRA MILENA			
985. Cargo: Gestor I				Fecha generación documento PDF: 30-11-2017 10:50:32AM			

Fecha 10/12/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 51715701

BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 11A 55 78 SUR Teléfonos: 3719264
Dirección electrónica: janismcjimenez@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC
Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO
Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 01/11/1996 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)
Actividad 2:
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS



REGISTRO Y CONTROL

Blanca Patricia Jimenez Yara

FIRMA

PROFESIONAL

[Signature]

FIRMA AUTORIZADA

SE DIVISION

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

No. AE-10385 Exp 5-13-1996



BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA

NOMBRES

APELLIDOS

51.715.701

No CEDULA

0605-96 SSB

MINSALUD

AUXILIAR DE ENFERMERIA

PROFESION

RESOLUCION NUMERO 0605 DE -

Por la cual se registra un certificado"

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegacion conferida por las resoluciones
numero 2085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993
emanadas del Ministerio de Salud, y

04 MAR. 1996

CONSIDERANDO :

Que JIMENEZ YARA BLANCA PATRICIA ***** identificado(a) con cedula de
dadania numero 51715701 expedida en BOGOTA D.E *****, solicito el regi
de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA *****
que le otorgo LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA *****
el 12/16/1995

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO * _ Registrar el Certificado que autoriza
JIMENEZ YARA BLANCA PATRICIA ***** , identificado(a) con la cedula
ciudadania Nro. 51715701 , expedida en BOGOTA D.E ***** para ejerce
profesion de AUXILIAR DE ENFERMERIA ***** en el Terr
rio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO - La presente Resolucion rige a partir de la fecha d
expedicion.

COMUNIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Santa Fe de Bogota, D.C. a los

3411.04

Original Firmado por
BEATRIZ LONDOÑO SOTO

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Secretario Distrital de Salud

12/14/2018

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

51715701

Primer Nombre *

BLANCA

Primer Apellido *

JIMENEZ

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-14→12:02:48 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	51715701	BLANCA	PATRICIA	JIMENEZ	YARA	Ver

Información Detallada [CC: 51715701] BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA

2018-12-14→12:02:48 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1996/4/03	DTS SECRETARIA DISTRITAL DI 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).



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



8288449

Orden No: **8288449**
Paciente: **JIMENEZ BLANCA PATRICIA**
Documento Id: **CC 51715701**
E.P.S: **HOS-USAQUEN**
Sede: **ORQUIDEA**
Servicio: **CONSULTA EXTERNA.**

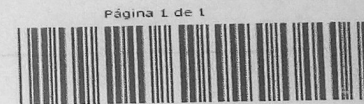
Fecha de ingreso: **28-Aug-2018 8:09 am**
Fecha de impresion: **01/10/2018**
Edad: **54 Años 3 meses 5 dias** Sexo **F**
Telefono: **3118998596**
Cama:
Procedencia:

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

ANEXOS



**LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN**
ANEXO DE NARIÑO



página 1 de 1

90304526

Nombre: **JIMENEZ BLANCA PATRICIA**
Identificacion: **CC 51715701** Tel. **1**
Edad: **54 Años 0 Meses 0 Dias** Sexo **F**
Medico: **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento: **8288449**

Fecha de recepcion: **03-sep-2018 5:17 pm**
Fecha de impresion: **19-sep-2018 2:05 pm**
Empresa: **ANALISIS TECNICOS LTDA**
Sede: **REFERENCIA**
Fecha Validacion: **04-sep-2018 5:43:00a.m.**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE Metodo: Quimioluminiscencia	MAYOR DE 1000	mUI/ml	

V. de Referencia:

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

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1.020.739.827
BACTERIOLOGA

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1.020.739.827
BACTERIOLOGA

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 15/11/2016
Nombre Blanca Patricia Jimenez Yara
Identificación 51715701
Fecha de nacimiento 23/Mayo/1964 Edad 52
Cargo Auxiliar de enfermería
Género MASCULINO ☐ FEMENINO ☒
Empresa Unidad la victoria
Empresa usuaria _____

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ OTRO ☐

CONCEPTO

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

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL examen medico Subjetivo
VISIONOMETRIA _____
AUDIOMETRIA _____
ESPIROMETRIA _____
EXAMENES PARACLÍNICOS _____
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES hígado normal
pauco oclus lobullos agudos de
estados du y en el peso

Médico **Dr. Camilo Rey Pérez**
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114388
Licencia en S.O. 14858

Paciente

Blanca Patricia Jimenez Yara
Firma del paciente
Nombre Blanca Patricia Jimenez
Cedula H 51715701



*Fundación Metropolitana
de Formación Integral*

FUMEFI

Educación Informal

Según la Ley 115 de 1994 Decreto 114 de 1996 Ley 2887 de 2007

CERTIFICA A:

Blanca Patricia Jiménez Yara

C.C. 51715701

Asistió al Curso de Soporte Vital Básico

*con una intensidad de 20 horas
realizado en Bogotá Cundinamarca
Otorgado en Bogotá D.C. a los 27 días del mes 08 del 2012*

Héctor M. Chala
*Director de Fundación Metropolitana
de Formación Integral*

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SABLANT
FECHA: 30/08/2018 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Distinguido 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)
PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PÚBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

DATOS DE LA PERSONA NATURAL
PRIMER APELLIDO: Jiménez SEGUNDO APELLIDO: Yara PRIMER NOMBRE: Blanca SEGUNDO NOMBRE: Patricia
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ IDENTIFICACIÓN: 51715701 LUGAR EXPEDICIÓN: Bogotá FECHA EXPEDICIÓN: 1982-08-15
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: ☒ SI ☐ NO ☐

LUGAR NACIMIENTO: Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana
FECHA NACIMIENTO: 23-05-64 ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☒ PERSONA A CARGO: 2 NÚMERO DE HIJOS: DOS TELÉFONO CELULAR: 311894859

INFORMACIÓN ACADÉMICA
MAESTRO ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☒ TECNÓLOGO ☐ CUAL:
PROFESIÓN: Auxiliar de Enfermería

DIRECCIÓN RESIDENCIA: KR 11A #55-78 Sur CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELÉFONO RESIDENCIA: 3719264
CORREO ELECTRÓNICO: Janis mc jimenez@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: ☐ PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELÉFONO:

DATOS DE CONYUGE
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN: FECHA EXPEDICIÓN:
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: ☒ SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA
ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOJAR ☐ PENSIONADO ☐
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐
PROFESIONAL ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA ☐
CUAL:
CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692
PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE: ☐ SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENIDOR: ☐ SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENIDOR: ☐ SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO: ☐ SI ☐ NO ☒ ADMINISTRADOR RECURSOS PÚBLICOS: ☐ SI ☐ NO ☒
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: Subred Integrada de Salud Centro Oriente
GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: D 395-3-20 Est TELÉFONO: 3725610 CIUDAD/MUNICIPIO: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS: Colombia
CARGO ACTUAL: Auxiliar de Enfermería FECHA VINCULACIÓN: 900

SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO
NÚMERO DE EMPLEADOS: VENTAS ANUALES: CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: FECHA CONSTITUCIÓN: TIPO SOCIO:

INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	500.000 =	AHORROS		BALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1'512.000 =	ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TELEFONOS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	200.000 =	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1'512.000 =	TOTAL EGRESOS	700.000 =	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

REFERENCIAS PERSONALES			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castaneda	Rios	Nini	Johanne
DIRECCION	Ciudad/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
calle 86 # 84-19	Bogota Cond. norocc	Quince	3118661755

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davienda	Cuenta de Ahorros	00848027 2684	20 de Julio	

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:

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

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

Auxiliar de Enfermería

- 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)
- No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule(n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- 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.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Asalariado: Certificado laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
- Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
- Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificaciones 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. No 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.
- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
 - Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
 - Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 - Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 - Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 - Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- PODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
- NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

6. AUTORIZACIÓN REPORTAR Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO: AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES FINANCIERAS CREDITICIAS, COMERCIALES DE SERVICIOS DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

- 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 internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requiere autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En 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 mí.

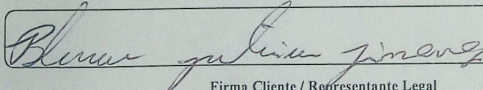
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización.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

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	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:			



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA identificado(a) con CC 51715701 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 31/07/2008

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS 20 DE JULIO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 16 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

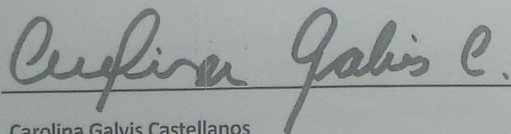
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA identificado(a) con C.C No. 51.715.701, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 01 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DILIGENCIAR EN LETRA LUGIBLE

51.715.701

Numero de Documento

Sura

ARL

Blanca

Primer Nombre

Patricia

Segundo Nombre

Jiménez

Primer Apellido

Yara

Segundo Apellido

23/05-64

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Cra 11A#55-78

Dirección de Residencia

13719264

Teléfono Fijo

Nueva EPS

EPS - Salud

Colfondos

AFP - Pensiones

\$ 1'512.000

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

janismcjimenez@gmail.com

Correo Electrónico

3118948596

Celular

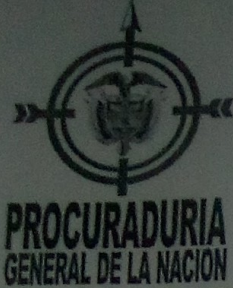
Blanca Patricia Jiménez

Firma del Afiliado

Sandoz

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118664034



WEB

22:28:26

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 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) BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51715701:

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)

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

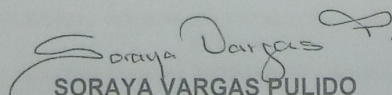
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 01 de diciembre de 2018, a las 22:39:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51715701
Código de Verificación	51715701181201223948

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C.
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR
Página 1 de



Bogotá D.C., 1 de Diciembre de 2018 - 23:25 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) **BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No. CINCUENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS UN de BOGOTÁ D.C.

51715701

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

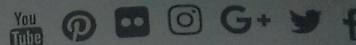
Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_7JU9W_2523

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

1/12/2018



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 23:38:14 horas del 01/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 51715701

Apellidos y Nombres: **JIMENEZ YARA BLANCA PATRICIA**

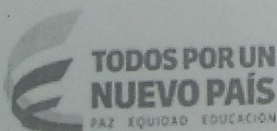
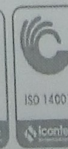
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 911
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co



A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/10

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA** con **Cédula de Ciudadanía** número **51715701** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número: 008480272684
Fecha apertura: 2005/04/04

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA

Banco Davivienda
NIT. 860.034.3
AH 170-1Rev 4