

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA			
PROCESO SOLICITANTE	FECHA	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	DOCUMENTO		
TELEFONO	ACTIVIDAD SOLICITADA		

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

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PARA SUSCRICIÓN DEL CONTRATO	
1. NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
2. SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
3. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO	
1. SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI ☒
2. FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒
3. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒
4. DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒ N/A ☐
5. ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☒ N/A ☐
6. CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒ NO ☐
7. SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICPE (Res. 06958 del 15 de mayo de 2015)	SI ☒ N/A ☐
8. FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒ N/A ☐
9. CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☒ N/A ☐
10. FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒
11. REGISTRO UNICO TRIBUTARIO - RUT: CODIGO CIU <u>8692</u> FECHA	SI ☒
12. REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒
13. LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☒ N/A ☐
14. TARJETA PROFESIONAL	SI ☒ N/A ☐
15. RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒ N/A ☐
16. CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal en Salud)	SI ☒ N/A ☐
17. ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☒ N/A ☐
18. CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigencia (0 / 1 mes / 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) V/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒ N/A ☐
19. EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2012)	SI ☒
20. CARNE DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☒ N/A ☐
21. CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☒ N/A ☐
22. CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☒ N/A ☐
23. CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☒ N/A ☐
24. LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☒ N/A ☐
25. ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☒ N/A ☐
26. FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) - Completamente diligenciado	SI ☒
27. CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: <u>Sanitas</u>	SI ☒
28. CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: <u>Provenir</u>	SI ☒
29. FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: <u>Sura</u>	SI ☒
30. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
31. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
32. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
33. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
34. CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe constar nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☒

D. DECLARACIONES Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
W.B. PROCESO SOLICITANTE	Fecha:
W.B. TALENTO HUMANO	Fecha:
W.B. CONTRATACIÓN	Fecha:

Buscar por proceso Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

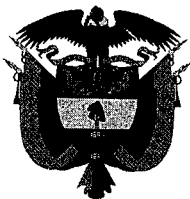
Id de página: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones gloria consuelo bolivar malagon.

gloria consuelo bolivar malagon con el NIT 51943840 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >



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 CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BOLIVAR	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MALAGON	NOMBRES GLORIA CONSUELO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 51943840	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 15 MES FEB AÑO 1969 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 6# 30A-27 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9065856 EMAIL gbolivar97@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	AÑO
										☒	DICIEMBRE	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	TEMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X	ENFERMERO (A)	1 2014	51943840

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés	X			X			X		



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 INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-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 clinica san francisco de asis	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@ciosad.com	
TELÉFONOS 5190707	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 12 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 8 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA UCI NEONATAL	DIRECCIÓN CALLE 16#16-80	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA JUNA N. CORPAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD citas.corpas@ospedale.com.co	
TELÉFONOS 6865000	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 8 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA UCI NEONATAL	DIRECCIÓN Cra. 111 #157-45, AV CORPAS KM 3 SUBA	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

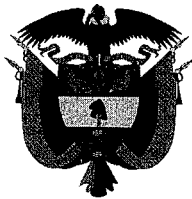
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	2	1
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	1

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 5o. DE LA LEY 190/95).



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 13-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 13 diciembre 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 51943840 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Carrera 6# 30A-27 SUR

Teléfonos 3219278693 9065856

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DIANA MARCELA CORREDOR BOLIVAR	1023942312	HIJO(A)
DANIELA CORREDOR BOLIVAR	1013674077	HIJO(A)
MARIA PAULA CORREDOR BOLIVAR	1007379351	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	\$ 4.500.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 2.000.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 700.000,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 7.200.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	026-11391-0	20 DE JULIO	\$ 20.000,00

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
UNIVERSIDADES	MATRICULAS	\$ 5.000.000,00



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



MARTHA LOPEZ	ARRIENDO	\$ 700.000,00
COLEGIO SAN JUAN BOSCO	PENSION	\$ 240.000,00

1. 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. 13-dic-2018
CIUDAD Y FECHA



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
y en su nombre

EL COLEGIO COOPERATIVO
"MARIA AUXILIADORA"

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución
No. 9036 DEL 26 DE NOVIEMBRE DE 1975

CONFIERE A

Gloria Consuelo Bolivar Malagón

Identificado con .T.I. No. 690215-06656 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.*

Enrique Hernández
Rector

Emilinda de Barbosa
Secretario

Dado en *Bogotá* a *6* de *Noviembre* de 19*86*

ANEXO 28 DEL D.E. N. 2.1



República de Colombia



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

*Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:*

Gloria Consuelo Bolívar Malagón

C.C. No. 51.943.840 de Bogotá D.C.

*Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos
exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de*

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C., 31 de enero de 2014

Rector

Secretario General

Director



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Bogotá D.C., miércoles, 28 de diciembre de 2016

Señora
GLORIA CONSUELO BOLÍVAR MALAGÓN
Carrera 6 No. 30 A - 27 SUR Serafina
Teléfono: 2789502
Bogotá D.C..

RADICACIÓN CORRESPONDENCIA DE SALIDA	
No. Radicación:	S-2016-198767
FECHA:	28/12/2016
No. Referencia:	F-2016-5496

Asunto: F-2016-5496 del 26/12/2016 - Solicitud Registro de Diploma

Respetada Señora:

Gentilmente, informo a usted que consultados los archivos físicos que se encuentran bajo la custodia de la Oficina Servicio al Ciudadano de la Secretaría de Educación, para responder su solicitud de registro del título de BACHILLER ACADÉMICO, existen los siguientes datos:

NOMBRE:	BOLÍVAR MALAGÓN GLORIA CONSUELO
INSTITUCIÓN:	COLEGIO COOPERATIVO MARÍA AUXILIADORA
TÍTULO:	BACHILLER ACADÉMICO
FECHA GRADUACIÓN:	diciembre 06 / 1986
FECHA DE REGISTRO:	julio 16 / 1987
LIBRO:	87
FOLIO:	38-B

Cordialmente,


DIANA CAROLINA RESTREPO VÉLEZ
Jefe Oficina de Servicio al Ciudadano

Proyectó y elaboró: Sandra Patricia Rodríguez Alarcón

Para verificar la validez de este Registro de Diploma ingrese a www.educacionbogota.edu.co opción

SERVICIOS → CONSULTE SU TRÁMITE con el RADICADO **S-2016-198767** y el código de verificación

KQ3BO

Av. Eldorado No. 66 – 63
PBX: 324 10 00
Fax: 315 34 48
www.educacionbogota.edu.co
Información: Línea 195

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 657**

En Bogotá D.C., el 31 de enero de 2014 a las 11:00 horas, convocados por Resolución Nacional 001 del 29 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON** con cédula de ciudadanía Número 51943840 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 7, Folio 146, número 38637

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector Representante Legal, Carácter Nacional
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS, Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 31 de enero de 2014.

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL**

Maria Jetzabel Herrán Duarte
MARIA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

Bogotá
Recepción de Correspondencia
Sede Administrativa Calle 71 No. 13 - 21
PBX: (1) 346 6600 Fax: (1) 3131076
Línea Nacional: 016500 110352
Línea de Atención al estudiante: 3977035
www.funandina.edu.co

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Calle 69 No. 11A - 22
PBX: (051) 9798535 - 3798510
Centro de Educación a Distancia
Calle 70 No. 11 - 44. PBX: 2101224
Seccional Pereira:
Calle 24 No. 6-95
PBX: (6) 325 5292, FAX: (6) 325 5995
www.funandina.edu.co

Sede Valledupar:
Transversal 22 Bis No. 4 - 105 Tels.: (5) 5830606 - 5830600
Sede Medellín:
Calle 34A No. 77-08 Tels.: (4) 2505651 - 2503401
Tunja
Carrera 8 No. 18-15. PBX: (3) 7433686 FAX: (3) 7401188
Sincelajó
Calle 22 No. 15-34, segundo piso Telefon: (5) 7445034
Cúcuta
Calle 7 No. 135 - 06, Barrio las Arzobis. Tel.: (7) 563 7277

Itagüé
Carrera 3 No. 67 - 15, Barrio la Peña Tel.: (8) 267 1176
Montevideo
Calle 31 No. 5-68, PBX: (4) 7823253, FAX: (4) 7002310
Pasto
Carrera 34A No. 20-40 Avenida los Estudiantes
Tel.: (2) 731 2169, FAX: 731 2711
Arancá
Calle 14 No. 24-90, Ciudadela Universitaria de la Pae
Teléfono: (7) 835 9577

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

C.C. No. 51943840

Ha participado en el Curso de:

REANIMACIÓN NEONATAL

Realizado en La Fundación INSIMED el día 20 de Mayo de 2017, con una intensidad de 8 horas Teórico Prácticas.

Bogotá, D.C.



Guillermo Ortiz M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clínica –
Center For Medical Simulation

LA FACULTAD DE ENFERMERIA Y LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA
DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A

GLORIA CONSUELO BOLÍVAR MALAGÓN

C.C. 51943840

Quién participó y cumplió los requisitos académicos establecidos para el

**DIPLOMADO VIRTUAL PARA ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
EN LA PRIMERA INFANCIA**

Intensidad 96 Horas

Bogotá D.C., Septiembre 26 de 2016 – Diciembre 09 de 2016


Dra. Rita Cecilia Plata de Silva
Decana Facultad de Enfermería
Universidad El Bosque


Dra. Yira Liliana Torres
Directora Diplomado
Universidad El Bosque


Dra. María del Rosario Bozón González
Directora Educación Continuada
Universidad El Bosque



SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.

NI: 1032479316-6

MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016



LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

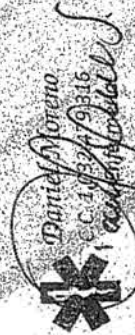
GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

C.C. 51.943.840

ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCION 459 DE 2012 Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCION 1441 DE 2013 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 05 DE SEPTIEMBRE DE 2017
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS



DANIEL MORENO
COORDINADOR



CIELO VASCO TOVAR
PSICOLOGA

SEDE PRINCIPAL cra 87 j cl 61 - 04 sur Bosa La Libertad Bogotá DC
Cel: 3057639865

Email: scesbogota@hotmail.com

C.E.No. A0236



Certifica que:

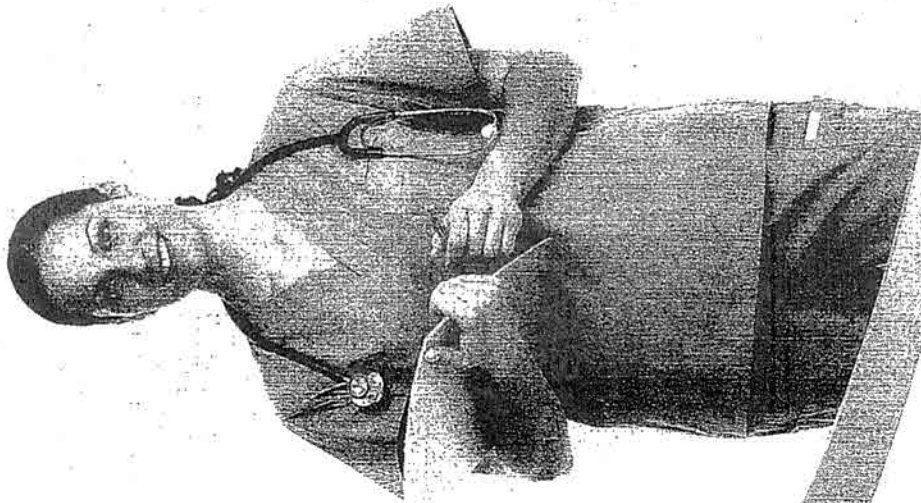
Gloria Bolivar Malagon

Asistió al Simposio Regional de Enfermería NESTLÉ 2017

A handwritten signature in dark ink, reading 'Wilson Daza Carreño'.

Wilson Daza Carreño MD, MSC
Gastroenterólogo y Nutriólogo Pediatra
Director Médico Nestlé Nutrition Institute

Ciencia para una Mejor Nutrición



Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Area Andina
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Orbis Consuelo Bolivar Molano, 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, sólo 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:

Enfermero

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:

Firma



No. de documento:

51.943840

Tarjeta profesional No:

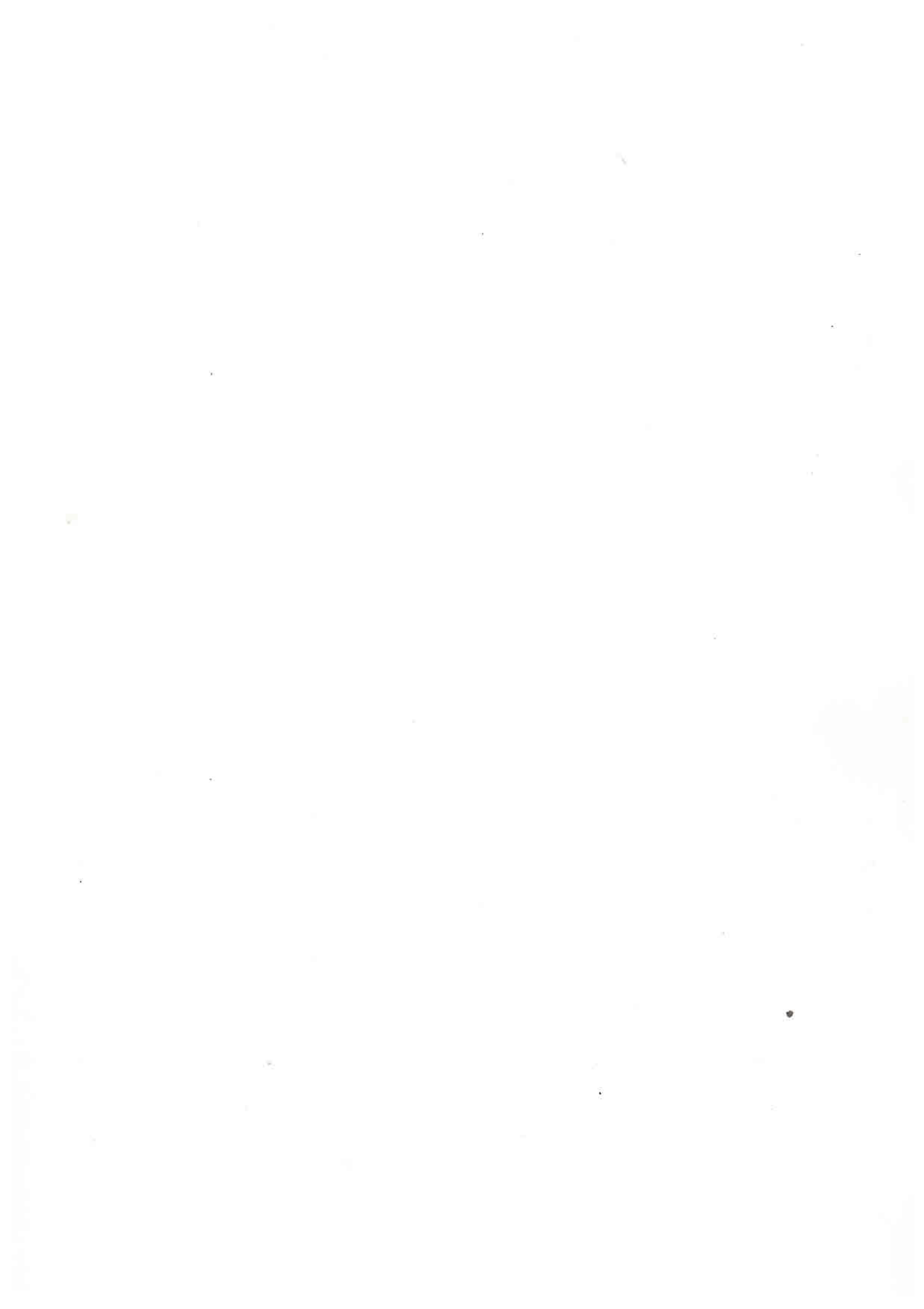
51943840,

Dirección de contacto:

Cro 6 # 30A-27 Sur

Teléfono:

3219878692





NIT. 830113849-2

34. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con la naturaleza del cargo.
35. Cumplir con la misión, visión, valores corporativos y demás políticas, normas y lineamientos que determine la Dirección General y Gerencia.

Atentamente,

PEDRO SAMUEL HERNANDEZ PINEDA
Jefe de Relaciones laborales y contratación



Centro de Investigaciones
Oncológicas
Clínica San Diego S.A.S.

Tratamiento Integral del Cáncer

CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS

CLINICA SAN DIEGO CIOSAD S.A.S

NIT 830.099.212-1

CERTIFICA QUE

La señora **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON**, identificada con c.c 51.943.840 de Bogotá, prestó sus servicios como **JEFE ENFERMERA**, en convenio por prestación de servicios desde el 25 de Marzo de 2014 hasta el 30 de Abril de 2014, sin que esto haya generado vinculo aboral entre las partes.

Se expide la presente certificación a los nueve (09) días del mes de Marzo de 2015 a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

MILTON CESAR BAUTISTA BOTELLO

DIRECTOR DE TALENTO HUMANO

TEL 3208400 EXT 127



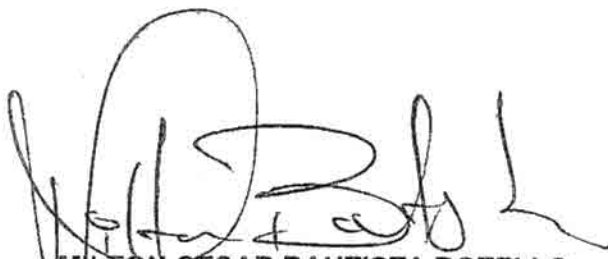
Centro de Investigaciones
Oncológicas
Clínica San Diego S.A.S.

Tratamiento Integral del Cáncer

- Educar al personal auxiliar.
- Llenar libro de entrega de turno.
- Buscar camas para pacientes que puede hospitalizar.
- Controlar el ingreso de pacientes al servicio.
- Asistir a procedimientos médicos.
- Hacer inventario de carro de paro.
- Tener la disponibilidad para cualquier requerimiento adicional que necesite la Dirección Médica.

Se expide la presente certificación a los nueve (09) días del mes de Marzo de 2.016 a solicitud de la Interesada.

Cordialmente,



MILTON CÉSAR BAUTISTA BOTELLO
DIRECTOR DE TALENTO HUMANO
TEL 3208400 EXT 127



Centro de Investigaciones
Oncológicas
Clínica San Diego S.A.S.

Tratamiento Integral del Cáncer

CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS

CLINICA SAN DIEGO CIOSAD S.A.S

NIT 830.099.212-1

CERTIFICA QUE

La señora **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON**, identificada con c.c.
51.943.840 de Bogotá, laboro en nuestra institución de la siguiente manera:

CARGO	Jefe de Enfermería
TIPO DE CONTRATO	Indefinido
FECHA DE INGRESO	01 de Mayo de 2014
FECHA DE RETIRO	10 de Agosto de 2014

El colaborador realizo las siguientes funciones:

- Recibir y entregar turno en revista.
- Asignar las actividades al personal.
- Participar activamente en la revista.
- Administrar medicamentos.
- Revisar Historias Clínicas.
- Controlar la reserva de medicamentos.
- Llenar la carpeta de epidemiología.
- Reportar los daños de equipos.
- Tramitar exámenes fuera de la clínica.
- Iniciar transfusiones sanguíneas.
- Iniciar infusiones de Quimioterapia.
- Asistir a código azul.
- Reportar el cambio en la nutrición del paciente.

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) **BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **51.943.840**, estuvo vinculada en nuestra institución mediante contrato por prestación de servicios como **JEFE DE ENFERMERIA UCI N**, tuvo dos contratos el primero desde el 07 de Abril de 2014 hasta el 8 de agosto de 2014 y el segundo desde el 01 de Diciembre de 2014 hasta el 14 de Agosto de 2015.

Tenía las siguientes actividades:

1. Cumplir con los horarios definidos por la clínica San Francisco de Asís, para el desarrollo de las actividades dirigidas al cuidado del paciente.
2. Liderar las actividades de enfermería encaminadas al cuidado integral del paciente.
3. Organizar, vigilar, controlar y hacer seguimiento al tiempo y las actividades realizadas al personal auxiliar de enfermería a su cargo.
4. Participar activamente en la ronda de enfermería de recibo de turno al ingreso y entrega al finalizar el tiempo que comprende la realización de actividades programadas para cada día.
5. Realizar todas las actividades relacionadas con el cuidado del paciente; con calidad, humanidad y ética.
6. Diligenciar los registros en la historia clínica de acuerdo con la periodicidad y contenidos definidos en las actividades específicas a realizar.
7. Acogerse a los protocolos, procesos, procedimientos, guías y demás documentos que soporten las actividades encaminadas al cuidado de la salud de los pacientes de la institución.
8. Participar activamente en actividades de capacitación y/o educación continuada que establezca la coordinación para el fortalecimiento y desarrollo del personal.
9. Aplicar adecuadamente los criterios de aislamiento de acuerdo al protocolo institucional.
10. Desempeñar las demás funciones asignadas por el supervisor de contrato o coordinador del departamento de enfermería.
11. Realizar registros de enfermería (notas de enfermería, notas administrativas, administración de medicamentos, etc.) en la historia del paciente hospitalizado cumpliendo con lo establecido en la resolución 1995 de 1999. Dichos registros no podrán ser ingresados a la historia clínica con más de dos hora de lo observado.
12. Rotular de manera correcta todos los elementos que nos ayuden a la adecuada identificación del paciente.



Clínica San Francisco de Asís

13. Presentarse con su nombre claro ante el paciente y familiar al ingresar a la habitación o unidad del paciente.
14. Ofrecer una atención con calidez y con sentido humano.
15. Emplear medidas encaminadas a propender por la seguridad del paciente tales como revisión de guías y protocolos de manejo, que brinden la orientación para la prevención de eventos adversos, tales como: lavado de manos, camas con medidas de seguridad orientadas para la prevención de lesión de piel y caídas, verificar que se realice acompañamiento de pacientes en la deambulación de acuerdo al estado de este, adecuado manejo de accesos venosos invasivos, movilización del paciente, etc.
16. Notificar los riesgos y eventos adversos que se presenten durante la atención, aún en los casos en que no hayan ocurrido en su propio turno.
17. Realizar valoración de enfermería al paciente y participar con criterio científico durante la revista médica.
18. Informar cada hallazgo positivo o negativo identificado en el paciente al médico general o especialista.
19. Iniciar masaje cardíaco en el momento de identificar asistolia en un paciente y gritar código azul.
20. Preparar y/o administrar medicamentos y mezclas al paciente, teniendo en cuenta los 5 correctos (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, hora correcta y vía correcta).
21. Custodiar medicamentos controlados almacenándolos en un recipiente claramente marcado con los datos del paciente (nombre y apellido, número de identificación y número de cama).
22. Hacer curaciones (catéter central, líneas arteriales, tubo a tórax, heridas de gran extensión, por orden específica de médico o que ameriten un cuidado especial).
23. Iniciar nutrición parenteral teniendo en cuenta: orden médica y continuidad de esta, garantizar el acceso venoso adecuado, de acuerdo con la osmolaridad de la nutrición.
24. Revisar evolución y órdenes médicas durante el turno.
25. Cumplir con los criterios de aislamiento y medidas para prevención de infecciones institucionales.
26. Reportar a la coordinación de enfermería las inasistencias, mal desempeño, mal comportamiento y llagadas tardes del personal auxiliar de enfermería y camillero.
27. Cumplir con los manuales, protocolos, guías, instructivos y en general los documentos de su competencia.

Se expide la presente a solicitud del interesado a los Tres (03) días del mes de Diciembre de 2015.

Cordialmente,



COORDINACIÓN DE
TALENTO HUMANO

MARY LUZ GUALTEROS FONTECHA
Coordinadora de Talento Humano

Teléfonos: (571) 519 0707 318 532 8150/54
Calle 16 # 16-80 Bogotá D.C., Colombia

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitario del "Arco Andino"
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Alvaro Consuelo Bolívar Malagón 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:

Infermero

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Alvaro C. Bolívar

No. de documento:

51.943840 Bk

Tarjeta profesional No:

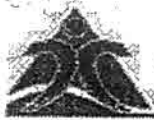
51.943840

Dirección de contacto:

Cra 6 # 30A-27 Sur

Teléfono:

9065856



NIT. 830113849-2

EL JEFE DE RELACIONES LABORALES Y CONTRATACIÓN

CERTIFICA:

Que BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO, con cédula de ciudadanía No. 51943840, trabajo con contrato a término indefinido desde el 11-ago-14 y hasta el 07-ene-16, ocupando el cargo de:

ENFERMERA JEFE

Que su ingreso mensual fue de \$ 1995500 moneda legal colombiana.

FUNCIONES REALIZADAS:

1. Supervisar la hora de llegada y salida del personal de enfermería de turno.
2. Informar por escrito a la jefatura del servicio de enfermería o al encargado de la coordinación aquellas novedades ocurridas del personal a su cargo y los equipos entregados.
3. Asignar turnos y tareas específicas a las auxiliares de enfermería a su cargo.
4. Participar en la docencia y evaluación de los estudiantes de convenios durante su rotación por enfermería.
5. Recibir y entregar turno verbalmente y por escrito según corresponda.
6. Supervisar el registro de notas de enfermería, signos vitales, medicamentos y líquidos administrados y eliminados.
7. Tomar muestras para exámenes de laboratorio.
8. Programar y supervisar que se lleve a cabo la preparación de los pacientes para exámenes especiales o que serán sometidos a cirugía.
9. Informar oportunamente al médico sobre cambios ocurridos en la evolución clínica de los pacientes a su cargo.
10. Asistir al médico en procedimientos especiales y en código rojo y/o azul según protocolo establecido.
11. Dar la instrucción a los pacientes y a sus familiares sobre los cuidados que deben seguir en casa.
12. Planear y programar el cuidado de los pacientes de acuerdo a su estado clínico y órdenes médicas.
13. Realizar los procedimientos de enfermería de acuerdo al manual establecido.
14. Programar los horarios para administración de medicamentos y realizar el respectivo registro.

DDH-CA-003

Carrera 111 No. 159-A-61 Suba - Bogotá D. C. - Colombia
Teléfono 686 50 00 Ext. 271, FAX 686 50 00 Ext. 271

NIT. 830113849-2

15. Recibir los pacientes que ingresan al servicio durante el turno, asignando una auxiliar de enfermería para su cuidado y verificar el porte de la manilla de identificación.
16. Informar al médico encargado sobre el ingreso de pacientes.
17. Supervisar el desempeño de las actividades del personal auxiliar en lo referente al cuidado directo de los pacientes.
18. Mantener y asegurar la estricta técnica aséptica en cada una de las actividades de enfermería.
19. Diligenciar oportunamente reporte de posibles eventos por sistema a programa clínica corpas Segura.
20. Dar las indicaciones y proveer de los elementos requeridos para mantener las medidas de protección de los pacientes que así lo tengan indicado.
21. Supervisar que se realicen las actividades de acuerdo al "Cronograma de asignación de aseo del servicio".
22. Supervisar el arreglo del cadáver y su traslado a la morgue.
23. Vigilar que las venopunciones sean marcadas con fecha, hora, calibre del catéter y firma, velar por los cambios oportunos de acuerdo al procedimiento.
24. Realizar el pedido de elementos necesarios para el servicio de acuerdo a la programación establecida.
25. Supervisar que el personal a su cargo entregue y reciba el inventario de las habitaciones, durante el ingreso y egreso de los pacientes según procedimiento establecido.
26. Realizar cambio en sistema según traslado de pacientes de habitación o servicio.
27. Realizar inventario del carro de pare del servicio a su cargo.
28. Actualizar los datos y estado de cada paciente en la hoja de recibo y entrega de turno. Constatar que los pacientes que ingresan al servicio hayan realizado los trámites pertinentes para su hospitalización.
29. Organizar y tramitar la historia clínica para la salida de pacientes, supervisando que se cumplan los requisitos. Solicitar la boleta de salida y verificar que contenga el sello de paz y salvo antes del egreso del paciente.
30. Realizar, vigilar y asegurar que se realice el pedido de medicamentos y elementos de la Farmacia en dosis y cantidad suficiente para suministrar durante las 24 horas y a cada paciente.
31. Hacer registro estadístico de los pacientes que egresan del servicio a su cargo.
32. Llevar registro de historias clínicas que se trasladan a la secretaría de piso para tramitar la salida.
33. Llevar registro de las muestras que se entregan en el Laboratorio.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.943.840**

BOLIVAR MALAGON

APELLIDOS

GLORIA CONSUELO

NOMBRES

Gloria Bolivar
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1969**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

18-MAY-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00155391-F-0051943840-20090429

0011132300A 1

1540038798

 DIAN® <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		 MUSCA <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>		001	
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización <small>Espacio reservado para la DIAN</small>				4. Número de formulario 14467854587			
				 (415)7707212489984(8020) 0000014467854587			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 1 9 4 3 8 4 0 -		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACION							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida ☒ 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía ☒ 1 ☐ 3		26. Número de identificación: 5 1 9 4 3 8 4 0		27. Fecha expedición: 1 9 8 7 0 5 1 8	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: 1 6 9		29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido BOLIVAR		32. Segundo apellido MALAGON		33. Primer nombre GLORIA		34. Otros nombres CONSUELO	
35. Razón social:							
36. Nombre comercial:							
37. Sigla:							
UBICACION							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		0 0 1	
41. Dirección principal CR 6 30 A 25 SUR BRR SERAFINA							
42. Correo electrónico: gbolivar97@gmail.com		43. Código postal		44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código: 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 4 0 1 3 1	48. Código: 8 6 9 9	49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 4 0 1 3 1	50. Código:	1 2	51. Código:	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código: 2 0							
20- Obtención NIT							
Obligados aduaneros							
54. Código:							
Exportadores							
55. Forma							
56. Tipo							
57. Modo							
58. CPC							
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos: SI ☐ NO ☒				60. No. de folios: 0		61. Fecha: 2 0 1 8 0 5 0 8	
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO 985. Cargo: CONTRIBUYENTE			



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 08-05-2018

Hora: 3:29:40 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 51943840 GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

Información

Dirección KR 6 30 A 25 SUR
Telefonos 9065856-3219278693
Dirección gbolivar97@gmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 08/05/2018
Soporte Inscripción 13138869
Fecha Inicio Actividades 20/09/2010
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO
Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO
TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE
PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS
ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE
NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS
QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y



Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 51.943.840
ENFERMERA
GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUA
BOGOTA D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 31/01/2014
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 19/01/2016

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad
con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la
Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 3501 de 18/03/2014
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO identificado(a) con CC número 51943840 expedida en BOGOTÁ D.C. ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 31/01/2014, acta de grado Nro. 657, Diploma Nro. 38637 y registrado en el libro 7 Folio 146 año 2014.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 274 del 09 de diciembre de 2011 y 566 de 16 del marzo de 2012, del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizó el día 17/01/2014.

Que el(la) señor(a) BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

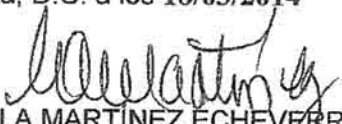
RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO identificado(a) con CC número 51943840 expedida en BOGOTÁ D.C. para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 18/03/2014


ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó: Isabel Cristina Artunduaga
Revisó: Andrea Casas Vargas / Carmen Rosa Gallego
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 23 - Abr - 2014
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Gloria Bolivar
CC. #. 51943840

Firma Gloria Bolivar

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



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 24-05-2018 08:16:51

Al Contestar Cite Este No.:2018EE53906 O 1 Fol:1 Anex:0 Rec:1

ORIGEN: 022000.DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE S

DESTINO: PERSONA PARTICULAR/GLORIA CONSUELO BOLIVA

TRAMITE: OFICIOS-RESPUESTA

ASUNTO: RADICADO 2018ER37893

022000
Bogotá D.C.

Señora
GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON
Gbolivar97@gmail.com

Asunto: Respuesta Radicado 2018ER37893 18 05 2018

Cordial saludo.

De acuerdo a su solicitud, envío copia de la resolución 3501 del 18 03 2014, "*por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional*", a la señora GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON, identificada con cc número 51943840, para el ejercicio profesional como enfermera.

Cordialmente,


ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Elaboró: Gloria G. 

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **GLORIA CONSUELO BOLÍVAR MALAGÓN** identificada con la cédula de ciudadanía número 51.943.840, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los treinta (30) días del mes de mayo del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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 *

51943840

Primer Nombre *

gloria

Primer Apellido *

bolivar

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-07→8:37:31 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	51943840	GLORIA	CONSUELO	BOLIVAR	MALAGON	Ver

Información Detallada [CC: 51943840] GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON**2018-12-07→8:37:31 AM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2016/1/19	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Gloria

Apellidos:

Balboa

Documento
de identidad:

C.C.

TI

PASA

PORTE

No.

5194884

Fecha de
Nacimiento:

Día

15

Mes

02

Año

1969

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Gloria Conzuelo

Apellidos:

Bolívar Malagon

Documento
de Identidad:

CC

TI

PASA

PORTE

No.

51943840

Fecha de
Nacimiento:

Día

15

Mes

02

Año

1969

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Gloria C.

Apellidos:

Bolívar M.

Documento
de Identidad:

CC

TI

PASA

PORTE

No.

5194884

Fecha de
Nacimiento:

Día

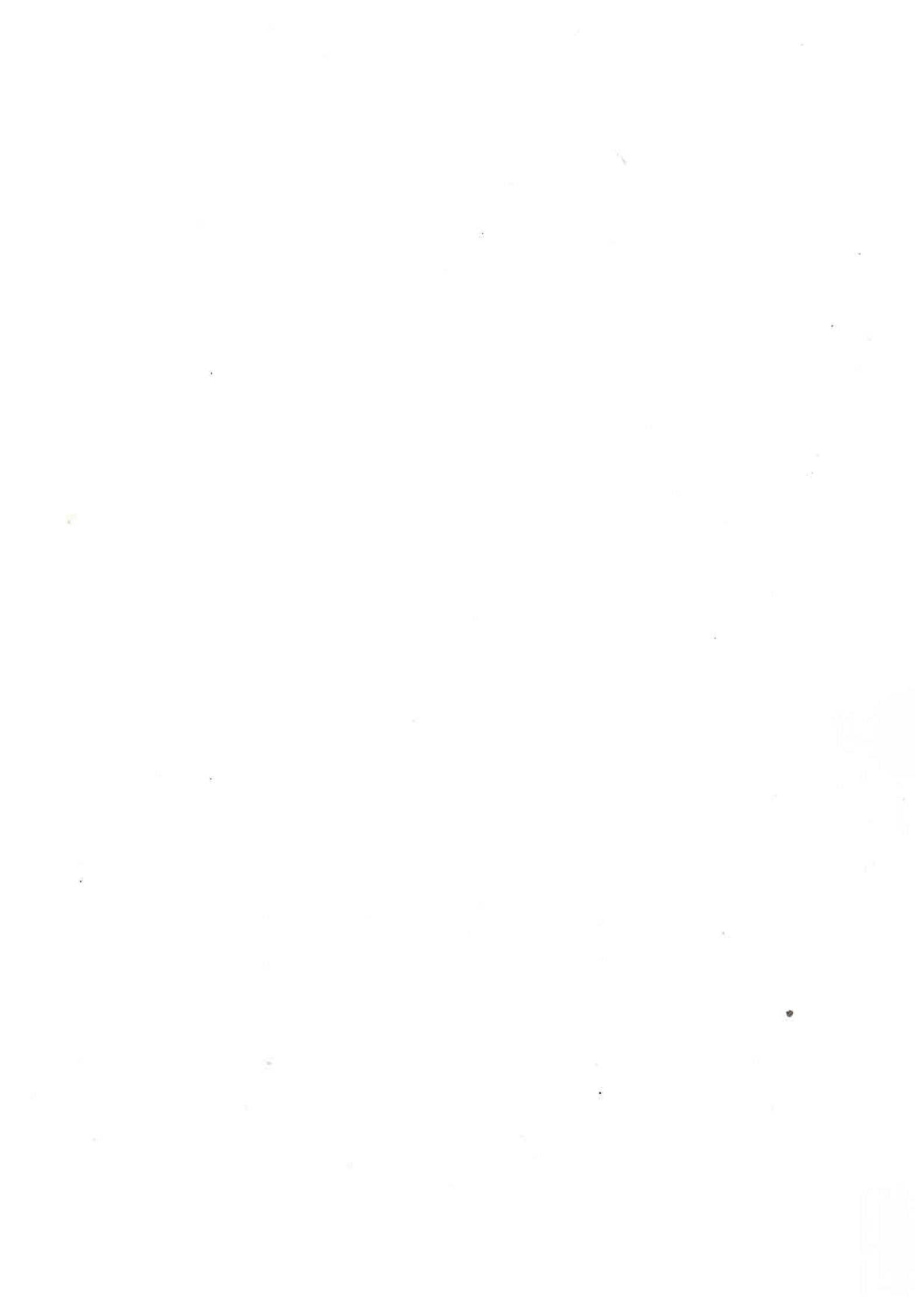
15

Mes

02

Año

1969



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	Única			
Toxide Tétanico Diférico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B		1		
		2		
		3		

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
AHINI Mayo 13/2010 Unica H.S.C				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	Única	13/05/2010	013mq026	
Toxide Tétanico Diférico Td	1	04/12/10	0246022	
	2	06/12/10	0246022	
	3	18/10/11	0246022	
	4	03/12/12	0246022	
	5	09/12/12	0246022	
Contra Hepatitis B		1	04/12/10	
		2	04/12/10	
		3	04/12/10	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
13/05/2010 013mq026 1 ano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1			
Toxide Tétanico Diférico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B		1		
		2		
		3		
		R		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
13/05/2010 013mq026 1 ano				
Boostrix™ AC37B064A				
497				

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 11-may-2018

HORA 07:49:53

EMPRESA PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Gloria Consuelo Bolivar Malagon

Edad 49 años 2 meses 27 días

Documento de Identificación: CC Número: 51943840

Cargo ENFERMERA



RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES
----------	-------	-----------	---------------

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones MEDICINA PREVENTIVA: 1/ Siempre utilizar los elementos de protección personal que se requieran para la labor que va a ejercer: tapabocas, guantes y bata quirúrgica. 2/ Conocer y aplicar adecuadamente los protocolos de bioseguridad. 3/ Realizar cambios de posición frecuentemente en el puesto de trabajo. 4/ Implementar en el puesto de trabajo el programa de pausas activas con el fin de disminuir el estrés, la fatiga y el cansancio originados por los movimientos repetitivos y posiciones prolongadas. 5/ Lavado correcto de las manos. **AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:**

MEDICO: Normal / OSTEOMUSCULAR: Normal. REMISION A EPS?: NO

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Aptitud Especifica:

Tipo de Restricciones:

☐ vehículos pesados	☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas	☐ Subir y bajar escaleras
☐ Equipos móviles de superficie	☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas	☐ Movimientos repetitivos
☐ Manejo de sustancias peligrosas	☐ Ruido por encima de 85 db	☐ Vibración
☐ Manejo de materiales fundidos	☐ Trabajos por turnos	☐ Manipulación de cargas
☐ Guardas de equipos	☐ Exposición a la luz solar directa	☐ Tareas de agarre
☐ Aislamiento y/o inmersión	☐ Exposición a material particulado y/o gases	☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
☐ Trabajos de altura	☐ Exposición a radiación ionizante	☐ Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente
☐ Operaciones de levante y manipulación de carga	☐ Trabajos en espacios confinados	☐ Manipulación de alimentos
☐ Manipulación de alimentos	☐ Posición sedente o bipeda prolongada	

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Trabajador

Firma

Nombre: JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA

RM. Lic.SO: 15344

Firma

Nombre: Gloria Consuelo Bolivar Malagon

CC N° 51943840



Huella

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.**, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.**, me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS.** para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verdicas. Autorizo a **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS.**, para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS.** la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.**, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por **EL RESPONSABLE**, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma:

Nombre:

CC No.


Pedro R. Barrios M.
51943840



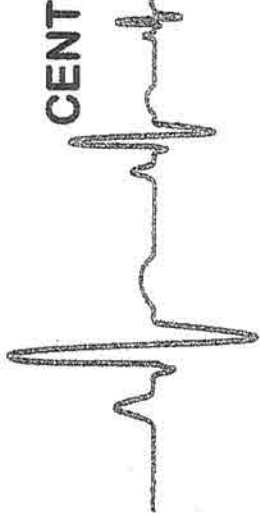
Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	51943840
Nombres y Apellidos	GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON		
Fecha de nacimiento:	15/02/1969		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis	15/04/2013	Bostrix	AC37B088CG 05/14	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL
	Segunda dosis	20/04/2017	Bostrix	AC37B177AC	CLINICA SALUDCOOP VERAGUAS
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	26/05/2018	GC FLU	V50218006	CLINICA SALUDCOOP VERAGUAS
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	04/06/2010	Tetavax		HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL
	Segunda dosis	06/07/2010	Tetavax		HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía Número de identificación: 51943840
Nombres y Apellidos GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON
Fecha de nacimiento: 15/02/1969

					RAFAEL
	Tercera dosis	18/01/2011	Tetavax		HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL
	Cuarta dosis	23/01/2012	Toxoide Tetánico y diftérico		HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL
	Quinta dosis	06/02/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024B1007D 03/14	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				



**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S



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

CERTIFICA QUE:

GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

C.C. 51.943.840

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

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

Dado en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de Julio de 2016.

Validez 2 años.



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

Paola M. Vieda
Directora

3364

TEL: 8069582 CEL: 3192978634
3192859190

info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

SOPORTE VITAL BASICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS & EMERGENCIAS S.O.S

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

Expedición: 15/07/2016

Vencimiento: 15/07/2018

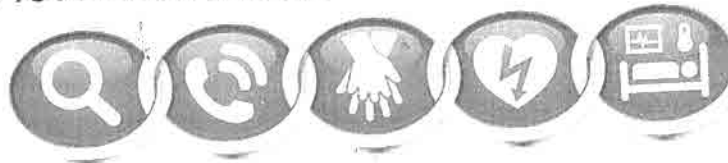

Paola M. Vieda
Directora


David Londoño
Sub Dirección Académica

TEL: 8069582 / CEL: 3192978634 / www.capacitacionessos.net

SOPORTE VITAL BASICO

Proveedor / B.L.S




C.C.: 51.943.840

Esta credencial acredita que la persona mencionada ha participado en el curso BLS, el cual sigue los
estándares de la AMERICAN HEART ASSOCIATION, en cumplimiento de la



FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014



AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA,
SEGUN RESOLUCIÓN No 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004 Y APROBACIÓN
OFICIAL POR EL MINISTERIO DE SALUD MEDIANTE EL ACUERDO EJECUTIVO
No 058 DEL 16 DE MARZO DE 2004.

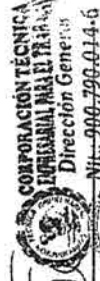
CERTIFICACIÓN:

GLORIA CONSUELO BOLLIVAR MALAGON
C.C. 51.943.840

*Asistió y aprobó el Curso de Soporte Vital Avanzado
con una intensidad de 48 horas*

Otorgado en Bogotá D.C. a los 02 días del mes de Diciembre del 2016

Héctor M. Chala
Gerente



NIT: 900.790.014-6

Dr. Camilo Rey Pérez
Especialista en Medicina
R.M. 14858

Dr. Camilo Rey Perez
RM 14858
Medico Cirujano -Instructor

Sede principal: calle 40 sur #5-30 Este (barrio la victoria)
Contacto: 3143606143- 3125685586- 2065174



**"FORMACION DE SERES INTEGRALES
PARA RECONSTRUIR EL TEJIDO SOCIAL"**

ACTA N° 014

NIT.900.806.660-6
EDUCACION INFORMAL
SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 DECRETO 114 DE 1996
LEY 2887 DEL 2007

El Día **02** del mes de **DICIEMBRE** de **2016**. Se reúne el suscrito Gerente, con instructores encargados, para verificar el pensum académico y la asistencia del participante al curso de **SOPORTE VITAL AVANZADO**, en las competencias:

- SISTEMA DE EMERGENCIAS.
- NORMATIVIDAD DE AMBULANCIAS.
- VALORACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA
- REANIMACIÓN CEREBRO CARDIOPULMONAR AVANZADA
- DESFIBRILACIÓN Y ELECTRO CARDIOGRAFÍA EN PARO CARDIO RESPIRATORIO (PCR)
- ALGORITMO DE ATENCIÓN PARA EVENTO CEREBRO VASCULAR, SÍNDROME CORONARIO AGUDO
- FARMACOLOGÍA EN REANIMACIÓN AVANZADA
- MANEJO AVANZADO EN LA VIA AÉREA (ENTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL)

Verificando la asistencia y evaluación del curso certifica que el participante **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON** con cedula de ciudadanía N° 51.943.840 de Bogotá Asistió y Aprobó el curso de **SOPORTE VITAL AVANZADO** con una intensidad de **48** horas teórico- práctica.

Dado en Bogotá D.C. a los **02** días del mes de Diciembre de 2016.

Se firma como aparecen.


HECTOR MANUEL CHALA
Gerente


DR. CAMILO REY PEREZ
RM 14858
Médico cirujano

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

FECHA: 15/04/18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cond. nomareo

Disgusto Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 3.2.2.2.1. 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 E.S.E. 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 VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

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

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bolívar	Malagón	Clara	Consuelo
TIPO DE IDENTIFICACION		No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		51943840	Bogotá - El mareo
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI ☒ NO ☐
FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
15-02/1969	Bogotá - El mareo	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐		1	3
TELEFONO CELULAR		3219878693	

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: Enfermera

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 6730A-27 sur	Bogotá	El mareo	Colombia	9065856
CORREO ELECTRONICO	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
gbolivar97	@gmail.com	PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELEFONO/FAX

II. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI ☐ NO ☐
		NACIONALIDAD: <input type="text"/>	

III. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☐	IVA	SI ☐ NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		NO ☐	ICA	SI ☐ NO ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		PERSONA NATURAL		FECHA: 2017-08-22	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		SI ☐ NO ☐		# NIT	
EXPORTACIONES		AGRICOLA		ENERGETICA		FINANCIERA	
OTRA		CUAL		TRANSPORTE		TECNOLOGIA	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CARGO ACTUAL						PAIS	
						FECHA VINCULACION	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD	
						FECHA CONSTITUCION	
						TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACION FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Rodriguez		Mendiveko		Hellen		Empleo	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR	
C/114-108-97		Fontibon/Chorrea		Amigas			
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL	
Bco Bogota		Cto Ahorros		026-11391-0		2060 Julio	
TELEFONO						3320000	
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		TRANSFERENCIA		PRESTAMOS	
						PAGO SERVICIOS	
						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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion 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 la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 326 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción"							
1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.).							
Enfermera							
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, complemento o modifique).							
3. No admitir 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, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.							
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.							
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.							
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la 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 con 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 toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.							
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.							

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o construcción 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.
1. 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los 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 aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requiere de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministro mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, donador, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios 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 INFORMACIÓN: 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 adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UJAF, Fasecolida, 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 el control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de 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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el 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 he sido obligado a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asiste los derechos previstos en la Ley 1766 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 INFORMACIÓN: 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 comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulgan, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: sarila@subredcentroorientesalud.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la subred.

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

CÓDIGO: ET-CA-PT-011
 VERSIÓN: 02
 FECHA: 2017-03-22

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



Firma Cliente / Representante Legal



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:	

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación

02067998



92122056

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE	
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ C. Institucional ☐ 3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐ Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres Primer Apellido: BOLIVAR Segundo Apellido: MALAGON Primer Nombre: GLORIA Segundo Nombre: CONSUELO	7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 51943840	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐
			10. Fecha de nacimiento 15/02/1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones Pensionar	17. Ingreso base de cotización - IBC \$787242	
18. Residencia Dirección: Carrera 6 N 30A-27 SUR			Teléfono Fijo: 9065856
Teléfono Celular: 3219878673	Correo Electrónico: gbolivar197egma71.com		
Municipio / Distrito: Bogotá	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna: San Cristobal	Departamento: Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento DD MM AAAA

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios			
25. Tipo de documento de identidad B1 B2 B3 B4 B5	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento DD MM AAAA
		29. Parentesco	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1 B2 B3 B4 B5	F N M T P	Urbana Rural	

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
---	---

35. Nombre o razón social		36. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección				Teléfono Fijo			
Correo Electrónico				Municipio / Distrito		Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

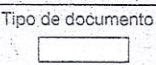
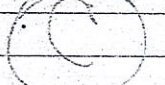
40. Tipo de Novedad	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> ☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

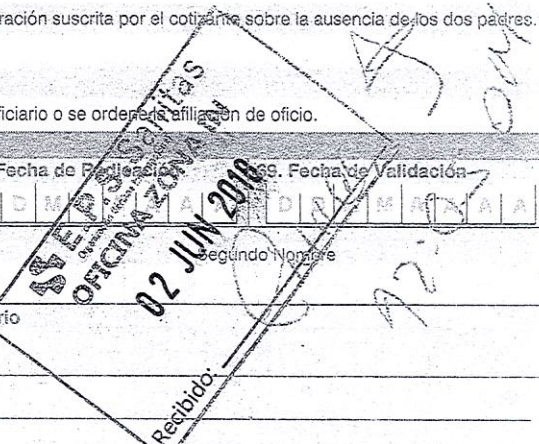
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD				
41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido		Segundo Apellido		Segundo Nombre
Primer Nombre				
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo
CN TI CE CD RC CC PA SC			Femenino Masculino	Fecha de nacimiento
				42. Fecha
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
		Código		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	

VIII. FIRMAS	
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio	
	

IX. ANEXOS	
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad ☒ CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL ☒	
☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL	
66. Identificación de la Entidad Territorial	
Código del Municipio	Código del Departamento
67. Datos del SISBEN	68. Fecha de Revalidación
Número de ficha	Puntaje
Nivel	69. Fecha de Validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación	
Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre
71. Firma del Funcionario	
	
Observaciones:	
	





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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **51,943,840**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 03 días del mes de Mayo de 2018.

Gerente de Clientes



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Haciendo La Vida Mejor

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51943840

Numero de Documento

Sura

ARL

Gloria

Primer Nombre

Consuelo

Segundo Nombre

Bolivar

Primer Apellido

Malagon

Segundo Apellido

15/Febrero/1969

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota

Ciudad de Nacimiento

Cir 6 N° 30 A 27 Sur

Dirección de Residencia

9065856

Teléfono Fijo

Sanitas

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 2' 400.000

Honorarios

Enfermera

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

gbolivar94@gmail.com

Correo Electrónico

3219278693

Celular

Gloria Bolivar

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Carrera 12d N° 26a - 62 Tel: 596 66 00 Ext. 1006 - 1018

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 13-XII-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Condinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bolivar	Malagon	Clara	Consuelo
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO DE IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)
C.C. ☒	C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	51943840	Bogotá D.C.
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO
15/02/69		Bogotá	Colombia
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐		1	3
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADÉMICA		PROFESION	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐		Enfermera	
CUAL: Profesional		TELEFONO CELULAR	
		3219278693	

DIRECCION RESIDENCIA	CUIDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
Pro 6+30A-275	Bogotá	Clareno	Colombia	9065356
CORREO ELECTRONICO	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
bolivar7@gmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Sitio)	CUIDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELEFONO/FAX

DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO DE IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)
C.C. ☐	C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐	
		NACIONALIDAD: <input type="text"/>	

INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA	SI ☒ NO ☐	IVA ☐ ICA ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
				8692
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐	AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒	

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA, NEGOCIO, DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Centro Oriente
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ INDUSTRIA ☐ COMERCIO ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRAS ☐ CUAL: ☒
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA
OTRA	CUAL: ☒	
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CUIDAD/MUNICIPIO
Diag 45-43	3444484	Bogota
CARGO ACTUAL	Enfermera	DEPARTAMENTO
		Cundinamarca
		PAIS
		Colombia
		FECHA VINCULACION
		18-julio-2018

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

5. INFORMACION FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2.900.000	GASTOS FAMILIARES	1.800.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	2.800.000	ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	1.500.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	5.700.000	TOTAL EGRESOS	3.300.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
Modelo de familia: padre, madre, hijos, hermanos, sobrinos, tíos, abuelos, etc.			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rodriguez	Mendiola	Hellen	
DIRECCION	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Cl 14-108-97	Bogota	Amiga	311-5743067

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bco Bogota	Cuenta Ahorros	026-11391-0	20 de Julio	2392000
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒				

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CUIDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS					
IMPORTACION	EXPORTACION	TRANSFERENCIA	PRESTAMOS	PAGO SERVICIOS	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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion 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 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 entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupacion, profesion, negocio, etc.):

Enfermera

- Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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 destinaran a actividades licitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaracion, 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 liquidacion 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 con 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 de toda responsabilidad que se derive por informacion erronea, 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 informacion que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

10. AUTORIZACIÓN, REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO: AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIEROS, CREDITICIA, COMERCIAL DE SERVICIOS DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 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 aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, 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 los 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 INFORMACIÓN: 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) 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 el control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el 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 INFORMACIÓN: 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 INFORMACIÓN: 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 lo 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 - 4 3 Bogotá D.C. 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).

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

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



Firma Cliente / Representante Legal



XII 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:	



Declaración de Renta y Complementario Personas
Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones
Ilíquidas de Causantes Residentes

210

1. Año 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

2113304008058



(415)7707212489953(8020)000213304008058

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12. Cod. Dirección seccional
5 1 9 4 3 8 4 0		2	BOLIVAR	MALAGON	GLORIA	CONSUELO	3 2
24. Actividad económica	8 6 9 2	25. Cód. Si es una corrección indique:		26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X")		28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X")
Patrimonio		29. Patrimonio bruto		30. Deudas		31. Total patrimonio líquido	
Rentas de trabajo		32. Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)		33. Ingresos no constitutivos de renta		34. Renta líquida	
Renta líquida		35. Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables		36. Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)		37. Renta líquida cedular de trabajo	
Renta de pensiones		38. Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior		39. Ingresos no constitutivos de renta		40. Renta líquida	
Renta líquida		41. Rentas exentas de pensiones		42. Renta líquida cedular de pensiones		43. Ingresos brutos rentas de capital	
Rentas de capital		44. Ingresos no constitutivos de renta		45. Costos y gastos procedentes		46. Renta líquida	
Renta líquida		47. Rentas líquidas pasivas de capital - ECE		48. Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital		49. Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	
Renta líquida ordinaria del ejercicio		50. Pérdida líquida del ejercicio		51. Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores		52. Renta líquida cedular de capital	
Rentas no laborales		53. Ingresos brutos rentas no laborales		54. Devoluciones, rebajas y descuentos		55. Ingresos no constitutivos de renta	
Renta líquida		56. Costos y gastos procedentes		57. Renta líquida		58. Rentas pasivas no laborales - ECE	
Renta líquida ordinaria del ejercicio		59. Pérdida líquida del ejercicio		60. Compensaciones		61. Rentas líquidas gravables no laborales	
Renta líquida cedular no laboral		62. Total saldo a favor		63. Total saldo a pagar		64. Total saldo a favor	

105. No. Identificación signatario	106. DV	107. No. Identificación dependiente	108. Parentesco
1013674077		1013674077	HIJO(A) ENTRE 18 Y
931. Cód. Representación		937. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora	
932. Cód. Contador		980. Pago total \$	
983. No. Tarjeta profesional		984. Con salvedades	
20186380400805		491,000	
2018 OCT. 31		Bancolombia	
RECIBIDO CON PAGO		07641974	
		(415)7707212489953(8020)07428270050838	

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 109777852



WEB

14:38:07

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 de mayo 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) GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51943840:

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 GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

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



CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 51943840
NOMBRES Y APELLIDOS	Bolivar Malagon, Gloria Consuelo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	02/05/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Bolivar Malagon, Gloria Consuelo, a los 03 días del mes de diciembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yiseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 15 de mayo de 2018, a las 14:40:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51943840
Código de Verificación	51943840180515144027

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



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON**, identificado(a) con CC **51943840**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 01/12/2002

Se expide a solicitud del interesado el 03/12/2018.

Cordialmente,

Gerente de Clientes



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hacienda La Victoria

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

519438 40

Numero de Documento

Suro

ARL

Gloria

Primer Nombre

Consuelo

Segundo Nombre

Bolivar

Primer Apellido

Makron

Segundo Apellido

15/02/1969

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Cra 6730A-27

Dirección de Residencia

9065856

Teléfono Fijo

Sanitas

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 2808.000

Honorarios

Enfermera

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

gbolivar97@gmail.com

Correo Electrónico

3219278693

Celular

[Signature]

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:44:56 horas del 15/05/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **51943840**

Apellidos y Nombres: **BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119160460



WEB

10:18:56

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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) GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51943840:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

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 lunes 03 de diciembre de 2018, a las 08:21:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51943840
Código de Verificación	51943840181203082110

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



Bogotá D.C., 4 de Enero de 2019 - 13:33 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA

51943840

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_VK3QU_3213

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:35:35 horas del 04/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 51943840

Apellidos y Nombres: **BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO**

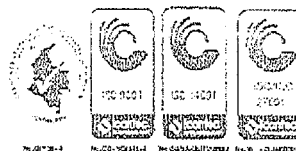
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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 - 4°
(Paquepaño), Bogotá D.C.
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano:
Bogotá D.C. (571) 5159531 / 0119
Resto del país: 018000 919 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159531 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que BOLIVAR MALAGON ,GLORIA CONSUELO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 51.943.840 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 026113910, abierta/o desde el 20/03/2014.

Se expide en Bogotá el día 17 del mes de Mayo del año 2018



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO