

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.609.450**  
**MUÑOZ PARRA**

APELLIDOS  
**ADRIANA CATALINA**

NOMBRES

*Adriana Catalina Muñoz*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-1989**

**BOGOTA D.C**  
**(CUNDINAMARCA)**  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**22-ENE-2008 BOGOTA D.C**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00357114-F-1013609450-20120121

0029010667A 1

36861023



**Colegio Institución Educativa Distrital**  
**"San Francisco de Asís"**

Diagonal 1a. No. 19-79 • Teléfono 337 27 86 / 337 27 77 • Bogotá, D.C.

**DANE 111001-16776 S.E.: 1550**

***Acta Individual de Graduación***

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 13 días del mes de diciembre del año 2007, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría del

**Colegio Institución Educativa Distrital**  
**"San Francisco de Asís"**

Institución aprobada hasta Nueva Orden en el nivel de Educación Media Vocacional y aprobado por la Secretaría de Educación Distrital para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 7457 del 13 de noviembre de 1998 y Resolución No. 490 del 13 de febrero de 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de

**BACHILLER ACADÉMICO**

al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

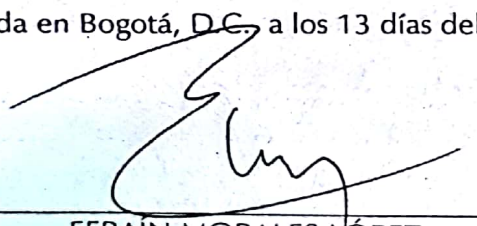
**Adriana Catalina Muñoz Parra**

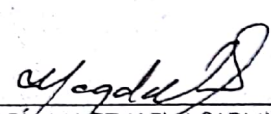
Identificada con T.I. No. 89120864310 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General original No. 86 Folio No. 28, de fecha 13 del mes de diciembre del año 2007.

Firmada y sellada por: EFRAÍN MORALES LÓPEZ (Rector) y MARÍA MAGDALENA SARMIENTO RODRÍGUEZ (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C. a los 13 días del mes de diciembre del año 2007.

  
EFRAÍN MORALES LÓPEZ  
C.C. No. 5.944.335 de Líbano  
RECTOR

  
MARÍA MAGDALENA SARMIENTO RODRÍGUEZ  
C.C. No. 41.593.204 de Bogotá D.C.  
SECRETARIA

**Premite**



LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
Y EN SU NOMBRE

**"FUSDESA"**

**FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN**  
EDUCACIÓN NO FORMAL

Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, Emanado Ministerio de Salud,  
Autorización Oficial Según Resolución N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada  
Secretaría de Educación De Bogotá,

**ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 022**

**ACTA INDIVIDUAL N° 8924**

En Bogotá D.C. a los 17 días del Mes de Diciembre de 2009,  
**ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA**,  
Identificada con cedula de ciudadanía N° 1.013.609.450 de Bogotá,  
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa  
**AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas,  
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL**.

Anotado en el Folio 8924 del Libro 05 del Registro de FUSDESA



*Lila Yareth Cicua Ramírez*  
LILA YARETH CICUA RAMÍREZ  
DIRECTORA ACADÉMICA



*Nancy Galindo Gómez*  
NANCY GALINDO GÓMEZ  
SECRETARIA ACADÉMICA



Departamento  
Administrativo  
de la Función  
Pública

FORMULARIO ÚNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

| I. DECLARACIÓN JURAMENTADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|
| 1.1 DE BIENES Y RENTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| YO <u>Adriana Catalina Horoz Parra</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| IDENTIFICADO CON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         | C.C. <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No <u>1013669450</u> |                   | CON DOMICILIO PRINCIPAL EN |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         | TELÉFONOS                                                                                                               |                   |                            |
| <u>Cil 2-# 24 B-11</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         | <u>3203882705</u>                                                                                                       |                   |                            |
| MUNICIPIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         | DEPARTAMENTO                                                                                                            | PAIS              |                            |
| <u>Bogotá</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         | <u>Bogotá</u>                                                                                                           | <u>Colombia</u>   |                            |
| Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| NOMBRES Y APELLIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                             | PARENTESCO        |                            |
| <u>Emilia Luciana Cristóbal</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         | <u>1023912841</u>                                                                                                       | <u>Hija</u>       |                            |
| <u>Clara Mireya Parra</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         | <u>52104679</u>                                                                                                         | <u>madre</u>      |                            |
| <u>Erasmo Horoz Buitrago</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         | <u>79642912</u>                                                                                                         | <u>Padre</u>      |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, <input checked="" type="checkbox"/> PARA TOMAR POSESIÓN <input type="checkbox"/> PARA RETIRARME <input type="checkbox"/> PARA ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> PARA MODIFICAR |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE <input type="checkbox"/> QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR                                                                                                                                                                                                                |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         | VALOR                                                                                                                   |                   |                            |
| SALARIOS Y DEMAS INGRESOS LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| ARRIENDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| HONORARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| 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         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
| TIPO DE BIEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN |                                                                                                                         | VALOR             |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                         |                   |                            |

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

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

### 1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                          | N°         |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Niradas Quon Cristóbal          | C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> | 1022423722 |

### 2 ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |

### 3. FIRMA

Catalina H  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá 01-Marzo-2018  
CIUDAD Y FECHA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------------------------------|--|
| <b>Formulario del Registro Único Tributario</b><br>Hoja Principal                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                                                                                                     | 001 |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 2 Concepto <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 Actualización<br><small>Exclusivo reservado para la DIAN</small>                                                                                                                                                                             |    | 4 Número de formulario <span style="float: right;">14248979177</span>                                                               |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 5 Número de Identificación Tributaria (NIT)<br>1 0 1 3 6 0 9 4 5 0   5                                                                                                                                                                                                                                                   |    | 12 Dirección seccional<br>Impuestos de Bogotá                                                                                       |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 14 Buzón electrónico <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 2</span>                                                |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 24 Tipo de contribuyente<br>Persona natural o sucesión ilíquida <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span>                                                                                                                                                                                            |    | 25 Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 3</span>                        |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 26 Número de identificación<br>1 0 1 3 6 0 9 4 5 0                                                                                                                                                                                                                                                                       |    | 27 Fecha expedición<br>2 0 0 8 0 1 2 2                                                                                              |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 28 País<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | 29 Departamento<br>Bogotá D.C.                                                                                                      |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 30 Ciudad/Municipio<br>Bogotá D.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    | 31 Ciudad/Municipio<br>Bogotá D.C.                                                                                                  |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 32 Segundo apellido<br>PARRA                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | 33 Primer nombre<br>ADRIANA                                                                                                         |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 34 Otros nombres<br>CATALINA                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | 35 Razon social                                                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 36 Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                                                                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| UBICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                                                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 38 País<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | 39 Departamento<br>Bogotá D.C.                                                                                                      |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 40 Ciudad/Municipio<br>Bogotá, D.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | 41 Dirección principal<br>CR 24 2 25 BRR VERGEL                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 42 Correo electrónico<br>adricata_89@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                         |    | 43 Código postal<br>111309228                                                                                                       |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 44 Teléfono 1<br>314309228                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    | 45 Teléfono 2                                                                                                                       |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| CLASIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| Actividad económica principal<br>46 Código 8,6,9,2<br>47 Fecha inicio actividad 20100128                                                                                                                                                                                                                                 |    | Actividad económica secundaria<br>48 Código 8,2,9,9<br>49 Fecha inicio actividad 20100128                                           |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 50 Otras actividades<br>1 2                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    | Ocupación<br>51 Código<br>52 Número establecimientos                                                                                |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos<br>53 Código 1 2                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                                                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 12- Ventas régimen simplificado                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| Obligados aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | Exportadores                                                                                                                        |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 54 Código<br><table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table> |    | 1                                                                                                                                   | 2   | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55 Forma<br>56 Tipo<br>57 Modo<br>58 CPC |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2  | 3                                                                                                                                   | 4   | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 12 | 13                                                                                                                                  | 14  | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                             |    | 60 No de Folios 0                                                                                                                   |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 61 Fecha 20130712                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                                                                                                     |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |
| 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.<br>Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013<br>Firma del solicitante           |    | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice<br>Firma autorizada<br>984 Nombre MUÑOZ PARRA ADRIANA CATALINA<br>985 Cargo |     |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                          |  |

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 106651483



WEB

20:48:42

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 de marzo 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) ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013609450:

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.



Bogotá D.C., 26 de Febrero de 2018 - 18:43 pm

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

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA** de BOGOTÁ, D.C.

**1013609450**

**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.

**MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS**  
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web [www.personeriabogota.gov.co](http://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](http://www.personeriabogota.gov.co)**

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **2\_VI93C\_4318**

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

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 lunes 26 de febrero de 2018, a las 18:35:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | CC                     |
| No. Identificación     | 1013609450             |
| Código de Verificación | 1013609450180226183558 |

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**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,013,609,450**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Febrero de 2018.

---

Gerente de Clientes

Correo - adricata\_89@hc x Confirmación de registro x Confirmación del usuario x

Seguro | [https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=2c0bb5eb\\_eefe\\_...](https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=2c0bb5eb_eefe_...)

Colombia Compra Eficiente [Aumentar el contraste](#) UTC -5 19:54:07

Buscar por proces Menú Buscar...

## Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 Ayuda ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones **adriana catalina muñoz parra**,

adriana catalina muñoz parra con el NIT 1013609450 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 >](#)

© 2014 Vortal [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#) Español (Colombia) 018000-52-0808 Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Confirmación de ....html Mostrar todo x

ES 07:54 p.m. 28/02/2018

# CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO



## OLAYA S.A.S.

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL  
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA  
PRUEBA DE EMBARAZO  
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS  
ORTOPEDIA  
MEDICINA ESPECIALIZADA  
MAMOGRAFIA  
SALUD OCUPACIONAL  
MEDICINA DE TRABAJO

**IMPORTANTE:** no confíe su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la secretaría distrital de salud.

### CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

#### MOTIVO DE EVALUACIÓN

|                 |                                             |                                 |                                    |                                           |                                            |                                         |
|-----------------|---------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|
| FECHA: 01/03/18 | INGRESO <input checked="" type="checkbox"/> | EGRESO <input type="checkbox"/> | PERIODICO <input type="checkbox"/> | TRAB. EN ALTURAS <input type="checkbox"/> | ESPEC. CONFINADOS <input type="checkbox"/> | MAN. ALIMENTOS <input type="checkbox"/> |
|-----------------|---------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|

NOMBRE: ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA

CEDULA: 1.013.609.450 TELEFONO O CELULAR: 3202882706

#### EXAMENES REALIZADOS

|                                                   |                                      |                                      |                                       |                                              |                                            |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| EXAMEN MEDICO <input checked="" type="checkbox"/> | AUDIOMETRIA <input type="checkbox"/> | VISIOMETRIA <input type="checkbox"/> | ESPIROMETRÍA <input type="checkbox"/> | LABORATORIO CLÍNICO <input type="checkbox"/> | PRUEBA VESTIBULAR <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|

#### INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA: SUBRED CENTRO ORIENTE

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

#### CONCEPTO DE LA VALORACION MEDICA

##### EXAMEN DE INGRESO

|                                                                             |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES <input checked="" type="checkbox"/>    | APTO CON RESTRICCIONES <input type="checkbox"/> |
| APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO <input type="checkbox"/> | APLAZADO <input type="checkbox"/>               |
| APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS <input type="checkbox"/>                | NO APTO <input type="checkbox"/>                |

RESULTADO EXAMENES: EXAMEN MEDICO

OBSERVACIONES: EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

TIPO DE RESTRICCION: NINGUNA.

#### COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

#### COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

#### RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Capacitar en el uso de los EPP requeridos para el cargo (Ley 9 título III, arts. 85, 122, 123 y 124), según matriz de peligro (GTC 45, Dec 1563, Res 0144, Res 1111 de 2017), capacitar en manejo de cargas (Res 2400 art. 390, 392 y las que apliquen). Utilizar protección auditiva cuando se superen los 80 dB (Res 627 y NTC 2272). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural- sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. CONTROL CON NUTRICIONISTA POR SU EPS.

DR. PABLO HERNANDEZ  
FIRMA Y LSA PROFESIONAL

*Corbolina N 1013609450*  
FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

**IMPORTANTE:** Para verificar la autenticidad de este certificado, puede comprobar que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador es titular de la cédula de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado:** el que falsifique documento privado que pueda servir de prueba en juicio, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. (Artículo 289 del Código penal Colombiano).

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687  
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                            |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><u>Muroz</u>                                                                                                                            | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><u>Parrá</u>                     | NOMBRES<br><u>Adriana Catalina</u>                                                                                                                                                     |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>CC <input checked="" type="radio"/> CE <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1013609450</u>                | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                                  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                                         |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <u>08</u> MES <u>12</u> AÑO <u>1989</u><br>PAÍS <u>Colombia</u><br>DEPTO <u>Bogotá</u><br>MUNICIPIO <u>Bogotá</u> |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><u>Cll 2 # 24B-11</u><br>PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u><br>MUNICIPIO <u>Bogotá</u><br>TELÉFONO <u>3202882706</u> EMAIL <u>adriana.89@id.</u> |

## 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 OBTENIDO:              |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA | FECHA DE GRADO                      |                               |  |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o.        | 7o. | 8o. | 9o. | 10    | 11                                  | MES <u>12</u> AÑO <u>2007</u> |  |
|                  |     |     |     |     |            |     |     |     |       | <input checked="" type="checkbox"/> |                               |  |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),  
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|----------|----|---------------------------------------------|-------------|------|-------------------------------|
|                        |                            | SI       | NO |                                             | MES         | AÑO  |                               |
| TC                     | 3                          | X        |    | FUSDESA                                     | 12          | 2009 | 1030950                       |
|                        |                            |          |    |                                             |             |      |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |      |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |      |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |      |                               |

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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL |                                                                                                |                                                                                               |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                                                                     |                                                                                                |                                                                                               |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>Interval salud</b>                                                                           | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA<br><b>X</b>                                                                           | PAÍS<br><b>colombia</b> |
| DEPARTAMENTO<br><b>Bogotá</b>                                                                                        | MUNICIPIO<br><b>Bogotá</b>                                                                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |                         |
| TELÉFONOS<br><b>320 8005667</b>                                                                                      | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <b>01</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2016</b>                                | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <b>01</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2016</b>                                |                         |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br><b>Prestacion servicios</b>                                                               | DEPENDENCIA<br><b>tameare</b>                                                                  | DIRECCIÓN                                                                                     |                         |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                           |                                                                                                |                                                                                               |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>Hospital centro oriente</b>                                                                  | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA<br><b>X</b>                                                                           | PAÍS<br><b>colombia</b> |
| DEPARTAMENTO<br><b>Bogotá</b>                                                                                        | MUNICIPIO<br><b>Bogotá</b>                                                                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |                         |
| TELÉFONOS<br><b>3444484</b>                                                                                          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <b>15</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2013</b>                                | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <b>31</b> MES <b>01</b> AÑO <b>2015</b>                                |                         |
| CARGO O CONTRATO<br><b>Prestacion servicios</b>                                                                      | DEPENDENCIA<br><b>epidemiologia</b>                                                            | DIRECCIÓN                                                                                     |                         |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                           |                                                                                                |                                                                                               |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                    | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA                                                                                       | PAÍS                    |
| DEPARTAMENTO                                                                                                         | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |                         |
| TELÉFONOS                                                                                                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                         |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                     | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                                                                                     |                         |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                           |                                                                                                |                                                                                               |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                    | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA                                                                                       | PAÍS                    |
| DEPARTAMENTO                                                                                                         | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |                         |
| TELÉFONOS                                                                                                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                         |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                     | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                                                                                     |                         |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            |                       |       |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO |                       |       |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 5                     | 6     |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 5                     | 6     |

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 01-Marzo-2018

Catalina M

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

Bogotá D.C

Señores:

FUSDESA

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Adriana Catalina Muñoz Parra 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:

Técnico Auxiliar De Enfermería  
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Adriana Catalina Muñoz Parra

No. de documento:

1013609450

Tarjeta profesional No:

1013609450

Dirección de contacto:

Cll 2 # 24 B-11

Teléfono:

3202882706



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Y EN SU NOMBRE

**"FUSDESA"**

**FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN**

**EDUCACIÓN NO FORMAL**

Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999, Emanado Ministerio de Salud  
Autorización Oficial Según Resolución No. 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada  
Secretaría de Educación De Bogotá.

**CONFIERE A:**

**ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA**

C.C. 1.013.609.450 DE BOGOTÁ D.C.

**EL CERTIFICADO DE**

**TÉCNICO LABORAL**

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

**AUXILIAR DE ENFERMERIA**

**DURACIÓN 1800 HORAS**



  
**LILA YANETH CICUA RAMÍREZ**  
DIRECTORA ACADÉMICA

  
**NANCY GALINDO GÓMEZ**  
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 17 Días del Mes de Diciembre de 2009  
Anotado en el Folio 8924 del libro 05 del Registro de FUSDESA



La República de Colombia  
y en su nombre, el

## Colegio Institución Educativa Distrital "San Francisco de Asís"

Bogotá, D.C.

Aprobado por la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá, D.C., según Resolución No. 7457 del 13 de noviembre de 1998 y Resolución No. 490 del 13 de febrero de 2003,  
Antiguo Instituto Politécnico Nacional Femenino

Confiere a:

# Adriana Catalina Muñoz Parra

Identificada con C.I. No. 89120864310 de Bogotá, D.C.

El Título de

## Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994  
según los planes y programas vigentes.



Efraín Morales López  
Rector

María Magdalena Sarmiento Rodríguez  
Secretaria

Acta No. 86

Folio No. 28

Dado en Bogotá, D.C., a los 13 días del mes de diciembre de 2007

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedida por el M.E.N.

Premi



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA  
COLOMBIA,

2018/03/02

Por medio de la presente hacemos constar que la señora ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA  
con Cédula de Ciudadanía número 1013609450  
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL  
posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)**

Número 008480360505

Fecha Apertura 2018/03/22

Cordialmente,



Firma Autorizada  
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.  
BOGOTÁ, D.C.  
AUT-116-18-18

| Biológico          | Dosis | Fecha       | Fabricante y Lote | Firma      |
|--------------------|-------|-------------|-------------------|------------|
| Sarampión Rubéola  | 1     |             |                   |            |
|                    | 1     |             |                   |            |
| Toxoide Tetánico   | 2     |             |                   |            |
| Difterico          | 3     |             |                   |            |
| Td                 | 4     |             |                   |            |
|                    | 5     |             |                   |            |
| Contra Hepatitis B | 1     | 01 MAR 2018 | 93839             | compensado |
|                    | 2     | 01/09/2018  |                   |            |
|                    | 3     |             |                   |            |
|                    | R     |             |                   |            |

| Biológico                | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|--------------------------|-------|-------|-------------------|-------|
| Contra Fiebre Amarilla   |       |       |                   |       |
| Contra Influenza         |       |       |                   |       |
| Virus de Papiloma Humano |       |       |                   |       |
|                          |       |       |                   |       |
|                          |       |       |                   |       |

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.

Seguridad y Orden

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



MinSalud

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Adriana Carolina**  
Apellidos: **Flórez Pardo**  
Documento de identidad: C.C.N.I. Pasaporte No **1013609950**  
Fecha de Nacimiento: Día **10** Mes **10** Año **1975**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013609450

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Adriana

Primer Nombre

Catalina

Segundo Nombre

MONTA

Primer Apellido

PENYA

Segundo Apellido

08/12/1989

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

CR 24 # 2-25

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

afesalud/madimas

EPS - Salud

PONENIR

AFP - Pensiones

\$ 1500.000

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Escriba su perfil técnico o profesión

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

adriana\_84@hotmail.com

Correo Electrónico

3202882706

Celular

Catalina M

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**  
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**  
**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha 27-02-2018  
Hora 9:58:00 AM  
Página 1 de 1

**CONTRIBUYENTE** NIT 1013609450-5 **ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA**

**Información General**

**Dirección** CR 24 2 25  
**Teléfonos** 3143092228  
**Dirección electrónica** ADRICATA\_89@HOTMAIL.COM

**Fax**

**Información de Registro**

**Fecha Inscripción** 28/01/2010  
**Soporte Inscripción** 13070086  
**Fecha Inicio Actividades** 28/01/2010  
**Fecha Cese Actividades**  
**Fecha de Informe del Cese**  
**# Establecimientos:** 0

**Perfil Tributario**

**Naturaleza Jurídica** PERSONA NATURAL  
**Régimen Tributario** REGIMEN SIMPLIFICADO

**Actividad 1:** 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE  
**Actividad 2:** 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

**Actividad 3:** -

**Actividad 4:** -

**Actividad 5:** -

**Fecha Inicio Financiera:**

Código de Verificación de Información: 18002773760



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

Fuente ICA TE TOCA

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



**POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA**

## **Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

### **La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 20:50:44 horas del 01/03/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013609450**

Apellidos y Nombres: **MUÑOZ PARRA ADRIANA CATALINA**

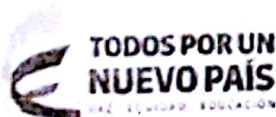
### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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  
(Paloquemad) 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 - Email:  
lineadirecta@policia.gov.co



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría  
Salud

**Resolución No 2360 de 26/02/2010**  
**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.**

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

**EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

**CONSIDERANDO**

Que el(la) señor(a) MUÑOZ PARRA ADRIANA CATALINA Identificado(a) con CC número 1013609450 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 17/12/2009 y registrado en el libro 5 Folio 8924 año 2009  
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 MUÑOZ PARRA ADRIANA CATALINA identificado(a) con CC número 1013609450 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**ARTICULO TERCERO:** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

**NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C. a los 26/02/2010

**HERMAN REDONDO GÓMEZ,**

Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro: Víctor Sánchez  
Revisó: Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C. 15-Julio 2010  
A la fecha notifiqué personalmente al  
señor (a) Adriana Muñoz  
CC. # 1013609450

Firma ADRIANA MUÑOZ



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

**CERTIFICADO DE INSCRIPCION**

ADRIANA CATALINA  
MUÑOZ PARRA

C.C. 1013609450

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 17/09/2010

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE  
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR  
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ, D.C.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

Salud  
Hospital Centro Oriente

**EL HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL DE ATENCIÓN  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**HACE CONSTAR:**

Que en el archivo del Hospital reposan los contratos de Prestación de Servicios, con sus antecedentes que se relacionan a continuación suscritos con **ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA** con cédula de ciudadanía número 1.013.609.450

**CONTRATO N° 22/2010**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **AUXILIAR EN ENFERMERIA**  
**Duración:** Suscripción 2010-02-05 Terminación 2010-03-31.  
**Valor total de la contratación:** \$2.000.000

**CONTRATO N° P303/2010**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **AUXILIAR EN ENFERMERIA**  
**Duración:** Suscripción 2010-04-05 Terminación 2010-05-01.  
**Valor total de la contratación:** \$866.667

**CONTRATO N° P521/2010**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **AUXILIAR EN ENFERMERIA**  
**Duración:** Suscripción 2010-05-03 Terminación 2010-05-31.  
**Valor total de la contratación:** \$1.133.333

**CONTRATO N° P593/2010**

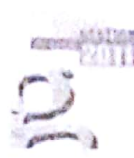
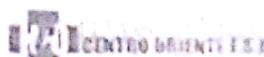
**Objeto:** Prestar servicios independientes como **AUXILIAR EN ENFERMERIA**  
**Duración:** Suscripción 2010-06-01 Terminación 2010-07-01.  
**Valor total de la contratación:** \$1.000.000

**CONTRATO N° UU20/2013**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**  
**Duración:** Suscripción 2013-07-15 Terminación 2013-11-01.  
**Valor total de la contratación:** \$4.960.933

**CONTRATO N° PP623/2013**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**  
**Duración:** Suscripción 2013-11-09 Terminación 2014-02-01.  
**Valor total de la contratación:** \$4.348.200





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD  
Hospital Centro Oriente

CONTRATO N° PP251/2014

Objeto: Prestar servicios independientes como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Duración: Suscripción 2014-02-01 Terminación 2015-01-30.

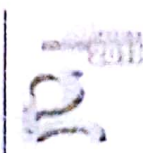
Valor total de la contratación: \$17.229.400

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 17 del mes de febrero de 2016

*Martha P. Jiménez A.*

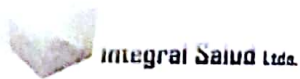
MARTHA PATRICIA JIMENEZ AVILA  
Profesional Especializado

Diag. 34 No. 5-43  
Tels. 3444484  
[www.esecentroorientegov.co](http://www.esecentroorientegov.co)  
[gerencia@esecentroorientegov.co](mailto:gerencia@esecentroorientegov.co)



**CENTRO ORIENTE E.S.E.**

BOGOTÁ  
**MEJOR  
PARA TODOS**



Bogotá 26 de Enero de 2016

### **CERTIFICACION DE PRESTACION DE SERVICIOS**

Por medio de la presente nos permitimos certificar que la Señora ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.013.609.450 expedida en Bogotá, labora con esta empresa con un contrato por prestación de servicios, desde el 01 de Junio de 2015, como Auxiliar de enfermería, realizando actividades de Tamizaje Cardiovascular.

Se expide a petición de la interesada a los 26 días del mes de Enero de 2016.

Agradezco su atención.

Cordial saludo,

**MARTHA FERNANDA CAÑÓN NIETO**  
Gerente General

c.c. Carpeta Proveedor

INTEGRAL SALUD LTDA – 830031646-1  
Calle 109 No 17 A 35 Cons 401 y 402 Bogotá  
Tel (57-1) 6021070

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>                                       | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |
| 4. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | 5. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                       | Código (a registrar por la EPS) <b>3</b>                                                                 |

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)**

|                                                                                             |                                          |                                                       |                                                                                            |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 6. Apellidos y nombres<br>Primer apellido <b>Hernandez</b><br>Segundo apellido <b>Perez</b> | 7. Tipo documento de identidad <b>CC</b> | 8. Número del documento de identidad <b>103609430</b> | 9. Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 10. Fecha de nacimiento<br><b>01/01/1989</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                                     |                                                                                                                                                         |                                                                          |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 11. Etnia                                                                           | 12. Discapacidad<br>Tipo <b>F N M</b> Condición <b>T P</b>                                                                                              | 13. Puntaje SISBEN                                                       | 14. Grupo de población especial |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL                                       | 16. Administradora de Pensiones <b>PONENII</b>                                                                                                          | 17. Ingreso base de cotización - IBC <b>781242</b>                       |                                 |
| 18. Residencia<br>Dirección <b>KR 24 # 2-25</b><br>Municipio/Distrito <b>Bogotá</b> | 19. Teléfono fijo <b>3202882706</b><br>Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/><br>Localidad/Comuna <b>BOGOTÁ</b> | 20. Teléfono celular <b>advcata-89@hotmail.com</b><br>Correo electrónico | 21. Departamento <b>BOGOTÁ</b>  |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

|                                                                |                                 |                                       |                                                                                  |                         |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 19. Apellidos y nombres<br>Primer apellido<br>Segundo apellido | 20. Tipo documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 23. Fecha de nacimiento |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|

**Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales**

| 24. Apellidos y nombres |                  | 25. Tipo documento de identidad |  | 26. Número del documento de identidad |  | 27. Sexo |           | 28. Fecha de nacimiento |  |
|-------------------------|------------------|---------------------------------|--|---------------------------------------|--|----------|-----------|-------------------------|--|
| Primer apellido         | Segundo apellido |                                 |  |                                       |  | Femenino | Masculino |                         |  |
| B1                      |                  |                                 |  |                                       |  |          |           |                         |  |
| B2                      |                  |                                 |  |                                       |  |          |           |                         |  |
| B3                      |                  |                                 |  |                                       |  |          |           |                         |  |
| B4                      |                  |                                 |  |                                       |  |          |           |                         |  |
| B5                      |                  |                                 |  |                                       |  |          |           |                         |  |

**Datos complementarios**

|                |           |                                                            |                                                                                                                                                                             |                                                                     |
|----------------|-----------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad<br>Tipo <b>F N M</b> Condición <b>T P</b> | 32. Datos de residencia<br>Municipio/Distrito <b>Bogotá</b><br>Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/><br>Departamento <b>BOGOTÁ</b> | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|----------------|-----------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

**Selección de la IPS Primaria**

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

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

|                                                                                    |                                                |                                                            |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 35. Nombre o razón social <b>Advcata 89</b>                                        | 36. Tipo documento de identificación <b>CC</b> | 37. Número de documento de identificación <b>103609430</b> | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
| 39. Ubicación<br>Dirección <b>KR 24 # 2-25</b><br>Municipio/Distrito <b>Bogotá</b> | 40. Teléfono <b>3202882706</b>                 | 41. Correo electrónico <b>advcata-89@hotmail.com</b>       | 42. Departamento <b>BOGOTÁ</b>                                        |

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

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

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 41. Datos básicos de identificación<br>Primer apellido<br>Segundo apellido<br>Tipo documento de identidad<br>Número del documento de identidad<br>Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/><br>Fecha de nacimiento | 42. Fecha<br>Segundo nombre |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

|                  |                                  |                                              |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|
| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado<br>Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagadora |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br>47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.<br>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.<br>49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.<br>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.<br>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.<br>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 1712 de 2014 y el Decreto 1377 de 2013.<br>53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VIII. FIRMAS<br>44. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario<br>45. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| IX. ANEXOS<br>56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: <b>1</b> |
|------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br>58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br>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.<br>60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br>61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br>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.<br>63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.<br>64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br>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<br>66. Identificación de la Entidad Territorial<br>Código del Municipio <b>BOGOTÁ</b> Código del departamento <b>BOGOTÁ</b> | 67. Datos del SISBEN<br>Número de ficha <b>1</b> Puntaje <b>1</b> Nivel <b>1</b> | 68. Fecha de radicación<br><b>27 FEB 2018</b> | 69. Fecha de validación<br><b>27 FEB 2018</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                             |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 70. Datos del funcionario que realiza la validación<br>Primer apellido <b>RODRIGUEZ</b><br>Segundo apellido <b>RODRIGUEZ</b><br>Tipo documento de identidad <b>CC</b><br>Número del documento de identidad <b>103609430</b> | 71. Firma del funcionario<br><b>RODRIGUEZ</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
|----------------|

**RADICADO EN LA EPS REGIONAL - CUNDINAMARCA**  
**27 FEB. 2018**  
**BOGOTÁ RESTREPO**  
**ATENCIÓN AL USUARIO**

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

#### Resultado General

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|---------------------|
| CC                  | 1013609450          | ADRIANA       | CATALINA       | MUNOZ           | PARRA            | <a href="#">Ver</a> |

#### Información Detallada [CC: 1013609450] ADRIANA CATALINA MUNOZ PARRA

##### Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención | Título | Profesión u Ocupación  | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora               |
|---------------|------------------|--------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| AUX           | Local            |        | Auxiliar de enfermería | 2010/2/26                     | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

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

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>ESTRATEGICO - GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO<br>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                              |                                                                                                                 |                        |                                  | CÓDIGO: E.C.A.-47-04<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2017-08-22 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|--|
| SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                              |                                                                                                                 |                        |                                  |                                                          |  |
| REGION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ciudad:                             | Bogotá                                                                                       | DEPARTAMENTO:                                                                                                   | Colombiana             |                                  |                                                          |  |
| <p>La diligencia 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. 0004 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 adscrita a 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.</p> |                                     |                                                                                              |                                                                                                                 |                        |                                  |                                                          |  |
| CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                                              |                                                                                                                 |                        |                                  |                                                          |  |
| PROPIETARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PARCELA                             | CONTRATISTA                                                                                  | SERVIDOR PUBLICO                                                                                                | OTRO                   | CUAL:                            |                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                          |                                                                                                                 |                        |                                  |                                                          |  |
| 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                              |                                                                                                                 |                        |                                  |                                                          |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SEGUNDO APELLIDO                    | PRIMER NOMBRE                                                                                | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                  |                        |                                  |                                                          |  |
| Adriana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Pareira                             | ADRIANA                                                                                      | Catalina                                                                                                        |                        |                                  |                                                          |  |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nº IDENTIFICACION                   | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                                          | FECHA EXPEDICION (AAAA-MM-DD)                                                                                   |                        |                                  |                                                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> C.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1013609452                          | Bogotá                                                                                       | 2008-01-22                                                                                                      |                        |                                  |                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> PASAPORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> OTRO       | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                                                 |                        |                                  |                                                          |  |
| FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO                                                                              | NACIONALIDAD                                                                                                    |                        |                                  |                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Bogotá                              | Colombia                                                                                     | Colombiana                                                                                                      |                        |                                  |                                                          |  |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     | PERSONA A CARGO                                                                              | NUMERO DE HIJOS                                                                                                 | TELEFONO CELULAR       |                                  |                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input checked="" type="checkbox"/> UNION LIBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     | I                                                                                            | 11                                                                                                              | 3202880746             |                                  |                                                          |  |
| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADÉMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                                              |                                                                                                                 | PROFESION / OFICIO     |                                  |                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> TECNICO <input checked="" type="checkbox"/> OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                              |                                                                                                                 | auxiliar De Enfermería |                                  |                                                          |  |
| DIRECCION RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     | CIUDAD RESIDENCIA                                                                            | DEPARTAMENTO:                                                                                                   | PAIS RESIDENCIA:       | TELEFONO RESIDENCIA              |                                                          |  |
| Cr 24 # 2 - 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     | Bogotá                                                                                       | Bogotá                                                                                                          | Colombiana             |                                  |                                                          |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PORTAL O PAGINA INTERNET            |                                                                                              | TIPO DE VIVIENDA                                                                                                |                        |                                  |                                                          |  |
| adriana.pareira@msm.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                                              | PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/> |                        |                                  |                                                          |  |
| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CIUDAD:                             | DEPARTAMENTO:                                                                                | PAIS:                                                                                                           | TELEFONO/FAX           |                                  |                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                              |                                                                                                                 |                        |                                  |                                                          |  |
| 2. DATOS DEL CONYUGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                                              |                                                                                                                 |                        |                                  |                                                          |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SEGUNDO APELLIDO                    | PRIMER NOMBRE                                                                                | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                  |                        |                                  |                                                          |  |
| Cristian                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Velasquez                           | Nicolas                                                                                      | Duvan                                                                                                           |                        |                                  |                                                          |  |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NUMERO IDENTIFICACION               | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                                          | FECHA EXPEDICION (AAAA-MM-DD)                                                                                   |                        |                                  |                                                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> C.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1022423722                          | Bogotá                                                                                       |                                                                                                                 |                        |                                  |                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> PASAPORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> OTRO       | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                                                 | NACIONALIDAD           | colombiana                       |                                                          |  |
| 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                              |                                                                                                                 |                        |                                  |                                                          |  |
| INDEPENDIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ESTUDIANTE                          | HOJAR                                                                                        | PENSIONADO                                                                                                      | CUAL:                  |                                  |                                                          |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                        |                        |                                  |                                                          |  |
| CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CONTRATISTA                         | COMERCIANTE                                                                                  | EMPLEADO PUBLICO                                                                                                |                        |                                  |                                                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                        |                        |                                  |                                                          |  |
| EMPLEADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | EMPLEADO                            | OTRA                                                                                         | OTRA                                                                                                            |                        |                                  |                                                          |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                        |                        |                                  |                                                          |  |
| DECLARACION DE RESPONSABILIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DECLARACION                         | IVA                                                                                          | SI                                                                                                              | NO                     | CODIGOS CITE ACTIVIDAD ECONOMICA |                                                          |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                                                                           | SI                                                                                                              | NO                     |                                  |                                                          |  |
| PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SECUNDARIA                          | AGENTE RETENEDOR                                                                             | SI                                                                                                              | NO                     | AGENTE AUTORETENEDOR             |                                                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                          | SI                                                                                                              | NO                     | <input type="checkbox"/>         |                                                          |  |

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO                                                      |  | FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL |  | CÓDIGO: EECA11-011                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Versión: 2.0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Versión: 02                                                                                             |  | Versión: 02                                                              |  | FECHA: 2017-08-22                   |  |
| CENTRO ORIENTE ESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS                                                                            |  | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA   |  |                                     |  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                      |  |                                                                          |  |                                     |  |
| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | GOBIERNO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> INDUSTRIA <input type="checkbox"/> |  | RUT                                                                      |  |                                     |  |
| TRANSPORTE <input type="checkbox"/> AGRICOLA <input type="checkbox"/> ENERGETICA <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> TIPOLOGIA <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| OTRA <input type="checkbox"/> CUAL <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| DIRECCION DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | TELÉFONO                                                                                                |  | CIUDAD/MUNICIPIO                                                         |  | DEPARTAMENTO                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| CARGO ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                         |  | FECHA VINCULACION                                                        |  |                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| NÚMERO DE EMPLEADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | VENTAS ANUALES                                                                                          |  | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA                                               |  | DESCRIPCION ACTIVIDAD               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| 5. INFORMACIÓN FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| INGRESOS MENSUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | EGRESOS MENSUALES                                                                                       |  | ACTIVOS                                                                  |  | PASIVOS                             |  |
| SALARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | \$ 0 GASTOS FAMILIARES                                                                                  |  | \$ 0 AHORROS                                                             |  | \$ 0 SALDO HIPOTECARIA              |  |
| HONORARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | \$ 0 ARRENDOS                                                                                           |  | \$ 0 INVERSIONES                                                         |  | \$ 0 TAREAS DE CREDITO              |  |
| ARRENDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | \$ 0 CUOTA VEHICULO                                                                                     |  | \$ 0 VEHICULOS                                                           |  | \$ 0 DEUDA VEHICULOS                |  |
| COMISIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | \$ 0 CUOTA VIVIENDA                                                                                     |  | \$ 0 PROPIEDADES                                                         |  | \$ 0 DEUDAS TERCEROS                |  |
| OTROS INGRESOS*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | \$ 0 OTROS EGRESOS*                                                                                     |  | \$ 0 OTROS ACTIVOS*                                                      |  | \$ 0 OTROS PASIVOS*                 |  |
| TOTAL INGRESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | \$ 0                                                                                                    |  | TOTAL EGRESOS                                                            |  | \$ 0                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| DESCRIPCION OTROS INGRESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | DESCRIPCION OTROS EGRESOS                                                                               |  | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS                                                |  | DESCRIPCION OTROS PASIVOS           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| 6. REFERENCIAS PERSONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | SEGUNDO APELLIDO                                                                                        |  | PRIMER NOMBRE                                                            |  | SEGUNDO NOMBRE                      |  |
| cubillos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | espina                                                                                                  |  | sandra                                                                   |  | milena                              |  |
| DIRECCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS                                                                                |  | TIPO RELACION                                                            |  | TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR |  |
| cl 3 sur 25 a 58                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | bogota                                                                                                  |  | amiga                                                                    |  | 313.603.808                         |  |
| 7. REFERENCIA FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | TIPO DE PRODUCTO                                                                                        |  | NÚMERO                                                                   |  | SUCURSAL                            |  |
| Cavivienda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Ahorros                                                                                                 |  | 0084 8036605                                                             |  | 20 Julio                            |  |
| MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | TIPO DE PRODUCTO                                                                                        |  | NÚMERO                                                                   |  | PAIS/CIUDAD                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| IMPORT <input type="checkbox"/> EXPORT <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  | CUAL:                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| 8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| 1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| Auxiliar de enfermería.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| 2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |
| 3. No admite que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectúe 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. Informare 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                         |  |                                                                          |  |                                     |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Centro Oriente E.S.E.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</b><br><b>ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO</b><br><b>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</b> | <b>CÓDIGO: ET-CA-FT-041</b><br><b>VERSIÓN: 02</b><br><b>FECHA: 2017-08-22</b> |
| <b>9. DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <p><b>Axotariado:</b> 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</p> <p><b>Pensionado:</b> Certificado de pensión o desprendible de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante</p> <p><b>Profesional Independiente/Contratista por OPS:</b> Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario subsecuente 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 <i>Nota:</i> Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legítima</p> <p><b>Socios Empresas:</b> 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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)</li> <li>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT</li> <li>3. Fotocopia Inscripción en el Rol Distrital</li> <li>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%</li> <li>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado ( si está obligado a declarar)</li> <li>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)</li> </ol> <p><b>AFIDRADO:</b> Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público</p> <p><i>NOTA:</i> Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados ( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <b>10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <b>CONSIDERACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes</li> <li>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <b>AUTORIZACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <p>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</p> <p><b>Declaro expresamente:</b></p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud h) La elaboración de estudios técnicos estadísticos, 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</li> <li>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios</li> </ol> |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.</li> <li>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</li> <li>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.</li> <li>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</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |

1. DESCRIBIR EN UN TÍTULO AL DE LA INSTITUCIÓN: Que como titular de la información, soy titular los derechos previstos en la Ley 1712 de 2014 y 1781 de 2017. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, eliminar y suprimir las informaciones que se tienen almacenadas en:

2. DESCRIBIR EN UN TÍTULO AL DE LAS INSTITUCIONES: Que los encargados del tratamiento de la información son la Unidad Integrada de Servicios de Salud y Centro Clínico ESE, y sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se encuentran en el anexo de este documento. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se encuentran transferidos a terceros, se detallan en el anexo de los datos de los terceros en el Anexo al Acta de Transferencia de Datos. La Unidad Integrada de Servicios de Salud y Centro Clínico ESE, y sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, teléfono 311 41 42 Bogotá DC, teléfono 311 41 41, correo electrónico: info@centroorientesalud.com.co, cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la promoción y control del trabajo INDICAR DIRECCIÓN CIUDAD.

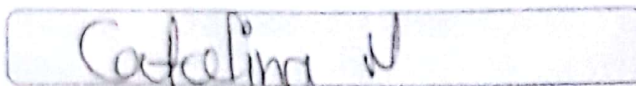
TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:

3. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los nombres y apellidos, de un tercero, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que son fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visitar: [www.centroorientesalud.com.co](http://www.centroorientesalud.com.co) en el Link "POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

#### IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO ENTENDIDO Y ACEPTADO LAS CONDICIONES, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME FURNISTE EN LA ENCUESTA Y VERIFICO A SU VERDAD Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

#### X. INFORMACIÓN 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 <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> |  |
| 7. Firma y Cédula                  |                                   |                                    |  |

#### XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

- [illegible]