



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2016/08/17

Por medio de la presente hacemos constar que la señora ADRIANA HIGUERA GARCIA
con Cédula de Ciudadanía número 52703397

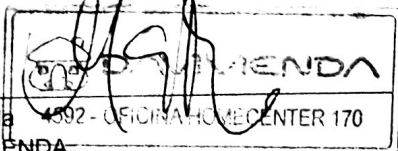
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 008400669977

Fecha Apertura 2009/01/13

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

52703397

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 52703397, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

di: RW PROCESO DE CO X SECOP II | Colombia Con X Ver Datos de la Entidad X Descargas X Hoja de Vida X

Seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?pageid=23000629

UTC -5 20:10:13 ADRIANA HIGUERA G...
Aumentar el contraste
Buscar...
Id de página: 14005660 Ayuda ?
Editar datos resumén Editar datos completos

Ir a

Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Información general

Logo de la entidad

Compradores Proveedores

Nombre de la entidad ADRIANA HIGUERA GARCIA

Nombre abreviado ADRIANA HIGUERA GARCIA

Fecha de incorporación 15/12/2017 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

País de origen COLOMBIA

NIT 52703397

Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección CL 156 96 81

País COLOMBIA

JOTA

ES 20:10 25/03/2018



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ADRIANA HIGUERA GARCIA identificado(a) con CC 52703397 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/12/2017

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO SUBA

Categoría: B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 25 días del mes de marzo del año 2018.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
1976 06 200179
HIGUERA GARCIA
ADRIANA
CC. 52703
SALUD
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA
Adriana Higuera 6
FIRMA
FIRMA AUTORIZADA

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 domingo 25 de marzo de 2018, a las 11:42:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52703397
Código de Verificación	52703397180325114232

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

Digitó y Revisó: WEB



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 107581821



WEB

11:38:17

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 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 HIGUERA GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52703397:

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.



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:48:47 horas del 25/03/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52703397**

Apellidos y Nombres: **HIGUERA GARCIA ADRIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



Presidencia de la
República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



Gobierno en
Línea

Todos los derechos reservados.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52703397

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Adriana

Primer Nombre

Segundo Nombre

Higuera

Primer Apellido

García

Segundo Apellido

21-01-1979

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Kr 54b H6-49

Dirección de Residencia

4 82 12 95

Teléfono Fijo

Tamboran

EPS - Salud

Ad Pensiones

AFP - Pensiones

\$ 4.000000

Honorarios

Fisioterapeuta Líder Espacio Público

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

adrihiguer@gmail.com

Correo Electrónico

3102651320

Celular

Adriana Higuera

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: 17-08-2016
Hora: 11:39:42 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52703397-5 ADRIANA HIGUERA GARCIA

Información General

Dirección KR 54B 176 49

Teléfonos 3102651320
Dirección electrónica adrihg79@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2014
Soporte Inscripción 15913179
Fecha Inicio Actividades 15/03/2004
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: 70102-ACTIVIDADES DE ADMINISTRACION EMPRESARIAL EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001056546



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

Fuente ICA TE TOCA

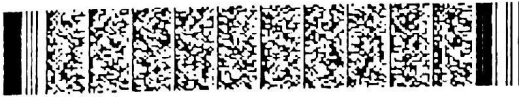
Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14223103275



(415)7707212489984(8020) 000001422310327 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 7 0 3 3 9 7

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 2 7 0 3 3 9 7

27. Fecha expedición:

1 9 9 7 0 7 2 4

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

HIGUERA

32. Segundo apellido

GARCIA

33. Primer nombre

ADRIANA

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección

CR 54 B 176 49

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 1 0 2 6 5 1 3 2 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 4 0 3 1 5

48. Código:

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 0 4 0 3 1 5

50. Código:

1

2

51. Código

52. Número
establecimientos

53. Código:

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

60. No. de folios:

3

61. Fecha:

2 0 1 3 0 1 1 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Adriana Higuera García

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

984. Nombre RODRIGUEZ ROBAYO NATALIA DEL PILAR

985. Cargo: Gestor I



Bogotá D.C., 25 de Marzo de 2018 - 11:43 am

**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) **HIGUERA GARCIA ADRIANA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE** de BOGOTÁ

52703397

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMIN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica (E)

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **3_1VTZ_4311**

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



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 004189 de

23 MAYO 2001

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

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) HIGUERA GARCIA ADRIANA Identificado(a) con CC número 52703397 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su TITULO de PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN -UMB- el día 04/04/2001 y registrado en el libro 3 Folio 44 año 2001 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 HIGUERA GARCIA ADRIANA identificado(a) con CC número 52703397 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó 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 Santa Fe de Bogotá, D.C. a los

23 MAYO 2001

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

Director de Desarrollo de Servicios de Salud

JRS

Secretaría de Salud, 10 de mayo de 2001
En la fecha anterior se notificó
al señor () Adriano Higuera Garcia
Identificado con la C.C. 52703397 Bogotá
La resolución No. 004189 del 23 mayo
Culón enterado del contenido de la
Acta 181164 Adriano Higuera G.

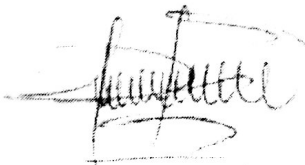
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ADRIANA HIGUERA GARCIA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52703397**, se encuentra afiliado (a) desde **08/06/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO NO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	08/06/2005	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de marzo de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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



FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN
" U M B "

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Adriana Figueroa Garcia

C.C. No. 521.703.397 de Santafé de Bogotá, D.C.

EL GRADO

Profesional en Fisioterapia

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES
QUE LE ACREDITAN PARA EJERCER LA PROFESION.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA
CIUDAD DE SANTA FE DE BOGOTA,

WALTER JARAMILLO

A LOS 04 DIAS DEL MES *Abril* DE 2001

[Signature]
SECRETARIO GENERAL

[Signature]
RECTOR

[Signature]
DIRECTOR DE CARRETA

[Signature]
DECANO AREA



UNIVERSIDAD

Corporación Universitaria Autónoma de Tlaxcala

Adriana Miquel García

C. C. No. 53.703.397

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Experta en Gerencia Social

en testimonio se firma y sella este diploma

[Signature]
Consejo de Autoridades

[Signature]
Rector General

[Signature]
Decano

[Signature]
Rector

[Signature]
Secretario General

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52703397

HIGUERA GARCIA

APELLIDOS

ADRIANA

NOMBRES

Adriana Higuera G.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

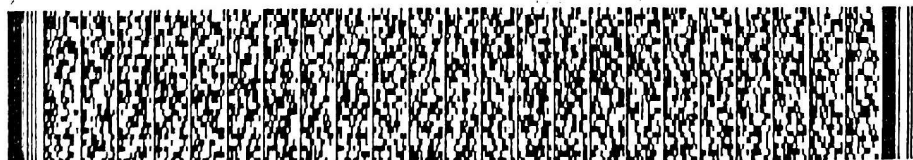
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-JUL-1997 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500102-42098581-F-0052703397-20020321

05294 02078A 01 111690460



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

ENTIDAD RECEPTORA

- EMPLEADOR -

FORMA FUDBR001

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	Nº
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

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

Adriana Higuerá

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá 25 de Marzo 2018

CIUDAD Y FECHA

ESQUEMA DE VACUNAS

Vacuna	Edad	Fecha
	2 m	
Hexa	4 m	
Penta	6 m	
Tetrixim	18 m	
	5a	

RUBEOLA SARAMPION Y PAPERAS	1a	
	5a	

REFUERZOS	—	03-09-08
D.T.	—	11
O	—	11
T.T.	—	

	1a. Dosis	21 APR 2008
HEPATITIS	2a. Dosis	05-07-08
B	3a. Dosis	03-09-08
	Refuerzo	03-10-08

	1a. Dosis	
PREVENAR	2a. Dosis	
	3a. Dosis	
	4a. Dosis	

VARICELA

HEPATITIS A

INFLUENZA (GRIPE)		

FIEBRE AMARILLA

FIEBRE TIFOIDEA

NEUMOCOCO
(Cada 5 años)

OTRAS

UNIDAD DE PREVENCION & VACUNACION INTERNACIONAL

Nombre: Adriana
Huacera Garcia

Fecha de Nacimiento 21 ENERO
79

Grupo Sanguíneo O+

RH O+

Alérgico a 2142836

Centro Médico de La Sabana
Carrera 7a. No. 119-14 (328)
Tels.: 214 2836 - 612 0272
612 1424 - Fax: 215 2029

Recomendaciones:

Generalmente la aplicación de las vacunas no causa reacción, sin embargo, algunas pueden causar fiebre leve, malestar en el sitio de la aplicación o dolor de cabeza. En otras como la MMR (Triple Viral) y Varicela existe la posibilidad de un ligero brote en la piel entre el 5 y 10 día. Cualquier otra reacción. Consúltenos.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1	Feb. 28/2014	02411009C	
	2	2003	Embcarad 30	
	3	2008	Embcarad 30	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	Upa: Bello Horizonte		
	2			
	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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Adriana

Apellidos:

Higuera

Documento
de identidad:

C.C. ☒

Pasaporte ☐

No.

52703397

Fecha de
Nacimiento:

Día

27

Mes

07

Año

1979



REGISTRO PROFESIONAL No 006089

LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN "UMB"
CON PERSONERIA JURIDICA 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL CERTIFICA QUE:

ADRIANA HIGUERA GARCIA

C.C. No 52.708.997 DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C

MEDIANTE ACTA No 389 LIBRO 8 FOLIO 44 DIA 4 DE ABRIL DE 2001
RECIBIO EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

DESPUES DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADEMICO Y DEMAS REQUISITOS
LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO PROFESIONAL No 006089
DEL DIA 18 DE ABRIL DE 2001

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL
ACADEMICO

Personería Jurídica No. 18.778 de Diciembre 15 de 1992 - MINEDUCACION -



PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 389 LIBRO No. 3 FOLIO No. 44

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME
A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

ADRIANA HIGUERA GARCIA

C.C.No. 52.703.397 SANTAFE DE BOGOTA, D.C

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR
LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN
U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA
ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN
LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 04 DIAS DEL MES DE 04 DE 2001

[Signature]
RECTOR

[Signature]
VICERRECTOR ACADEMICO

[Signature]
SECRETARIO GENERAL

[Signature]
DECANO AREA

No. 6270



Corporación Universitaria Minuto de Dios

Acta de Grado No.

298

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

La Suscrita Secretaria General de UNIMINUTO - Corporación Universitaria Minuto de Dios,

Certifica

Que en la ciudad de Bogotá, D.C., el día catorce (14) de abril de dos mil doce (2012), La Corporación Universitaria Minuto de Dios - **UNIMINUTO**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Especialista en Gerencia Social** a **Adriana Higuera García**, con cédula de ciudadanía No. **52.703.397** quien aprobó el trabajo de grado y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No. **10862** que lo acredita como tal, registrado en el Folio **609** del Libro No. **002** de Registro de Títulos expedidos por La Corporación Universitaria Minuto de Dios- **UNIMINUTO**.

La Corporación Universitaria Minuto de Dios- **UNIMINUTO** está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992 y el programa cuenta con autorización de funcionamiento según Registro SNIES 7687 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior, se firma en Bogotá, D.C., el día catorce (14) de abril de dos mil doce (2012)

P. Harold Castilla de Voz
Rector Sede Principal

Linda Lucía Guarín
Secretaria General

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9611 de 23/03/2013
Resolución Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Colipo de Instituciones de Atención de Salud (C.A.) - Central
Asociación para el Desarrollo de la Salud Ocupacional
Resolución No. 1701 de 2012 de 14/11/12
CRA: María Luján Plomero, C.C. 27.196.143.004
Especialista en Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional
Nº. 3344-01-03-2005 de la Secretaría de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

EXAMEN

☒ Preocupacional al Ingreso ☐ Pos ocupacional al Egreso ☐ Periódico

16 9 2016

ADRIANA HIGUERA GARCIA

C.C.

52.703.397

EDAD: 36

SEXO ☒ M ☐ F

SUBRED CENTRO ORIENTE

CARGO: REFERENTE ESPACIO PUBLICO

Cel. 3102651320

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Examen de Aptitud Laboral	☒	Respiratorio	☒
Examen de Aptitud Médica	☒	Dermatología	☒
Examen de Aptitud Física	☒	Osteomuscular	☒
Examen de Aptitud Psíquica	☒	Cardiovascular	☒
Examen de Aptitud Sensorial	☒	Vacunación	☒
Examen de Aptitud Laboral	☒	Prueba de Equilibrio	☒
Examen de Aptitud Psicológica	☒	Otros	☒

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Examen de Aptitud Laboral	☒	Serología	☒
Examen de Aptitud Médica	☒	Parcial de Orina	☒
Examen de Aptitud Física	☒	Rh - Grupo Sanguíneo	☒
Examen de Aptitud Psíquica	☒	Varios	☒

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) ☐ Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

Apto para el cargo sin restricciones

SI ☒ NO ☐

Aplazado

SI ☐ NO ☐

Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo

SI ☐ NO ☐

No apto para este cargo

SI ☐ NO ☐

Apto para trabajos en superiores sin infradesnivel

SI ☐ NO ☐

Examen PERIÓDICO satisfactorio SI ☐ NO ☐

Examen de EGRESO satisfactorio SI ☐ NO ☐

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Examen de Aptitud Laboral	☒	6. Control Audiométrico	☐	11. Estilos de Vida Saludable	☒
Examen de Aptitud Médica	☒	7. Uso de Doble Protección Auditiva	☐	12. Evitar Posturas Prolongadas	☒
Examen de Aptitud Física	☒	8. Control Optométrico Periódico	☐	13. Uso de Medios de Compresión Gradual	☐
Examen de Aptitud Psíquica	☒	9. Uso de Lentes permanentes	☐	14. Visitar y Manejo en IPS	☐
Examen de Aptitud Laboral	☐	10. Control de Tensión Arterial	☐		

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

Yo, el/la Sr./a. [Nombre], por medio de este documento, manifiesto que he leído y comprendido el contenido del presente documento, el cual describe los procedimientos, los beneficios, la interpretación y riesgos de examen médico paraclinico(s) y/o ocupacional(es) que se me van a realizar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos documentos se encuentran en mi documento con veracidad y completitud. Asimismo, manifiesto que este proceso es voluntario y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se iniciara el procedimiento. He leído y comprendido de las medidas que el Profesional de Salud Ocupacional de UMED LTDA. toma para proteger la confidencialidad de la información registrada a la persona. He leído y comprendido la exposición de los riesgos para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona. He leído y comprendido la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los procedimientos de trabajo, y manifiesto estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección el contenido del presente documento y manifiesto mi libre consentimiento.

[Firma]
Néstor Garzón Rodríguez
Especialista
Salud Ocupacional U.N.
Licencia 1888 S.P.S.
RM

Firma Trabajador:

[Firma]
Adriana Higuera
C.C. No. 52703397

Firma ID



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Higuera</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>García</u>	NOMBRES <u>Adriana</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>52703397</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>21</u> MES <u>01</u> AÑO <u>1979</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Boquerón</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Kr 54b 176 49</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO _____ MUNICIPIO <u>Boquerón</u> TELÉFONO <u>3102651320</u> EMAIL <u>adrihig79@gmail.com</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: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES <u>12</u> AÑO <u>1995</u>	
									X			

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), 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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	9	X		Profesional en fisioterapia	04	2001	52703397
ES	2	X		Especialista en Gerencia Social	04	2012	

ESPECÍFIQUE 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
	X			X			X		

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	subed integrada de servicios de salud centro orient ese	PÚBLICA	PAÍS
	X	PRIVADA	colombiá
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
cundinamarca	Bogotá	www.subedcentroorientegare	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
344 44 84	DÍA 02 MES 02 AÑO 2009	DÍA 31 MES 03 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Lider Espacio Público	PIC	D6 34 5-43	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COINFA OUG		X	colombiá
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
cundinamarca	Bogotá	coinfo@coinfo.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
315 891 75 37	DÍA 1 MES 03 AÑO 2007	DÍA 31 MES 07 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Facilitadora Profesora	visita domiciliaris	K13 30-21 OF 202	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Serrezuela Country Club		X	Colombiá
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
cundinamarca	Mosquera	edwin.silva.puentes@cm	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
4 22 12 00	DÍA 01 MES 01 AÑO 2006	DÍA 30 MES 12 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Promotora área salud	deportes	mesa vía km 1	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
contasis		X	Colombiá
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
cundinamarca	Bogotá		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6 60 67 28	DÍA 01 MES 01 AÑO 2004	DÍA 01 MES 12 AÑO 2005	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
promoción y Prevención	bienestar Laboral	CI 64F No 69-21	

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	9	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	13	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 Boqola 25 marzo - 2018

Adriana Higueo

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:

Universidad Manabá Bertran
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Adnara Higuera García 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:

Profesional en fisioterapia
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Adnara Higuera García
No. de documento: 52703397
Tarjeta profesional No: 52703397
Dirección de contacto: Kr 54b 176-49
Teléfono: 3102651320

Bogotá D.C

Señores:

Corporación Universitaria Minuto de Dios
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Adriana Higueras García 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:

Especialista en gerencia social
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Adriana Higueras García

No. de documento:

52703397

Tarjeta profesional No:

52703397

Dirección de contacto:

Kr 54b HG-49

Teléfono:

310 2651320



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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **ADRIANA HIGUERA GARCIA**, identificada con CC. N° 52.703.397, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

N° CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
318-2009	02/02/2009	31/03/2009	\$ 3.776.000
ADC.318	01/04/2009	30/04/2009	\$ 1.920.000
582-2009	04/05/2009	31/08/2009	\$ 7.488.000
ADC.582	01/09/2009	30/09/2009	\$ 1.920.000
ADC.582	01/10/2009	30/11/2009	\$ 3.840.000
1258-2009	01/12/2009	15/01/2010	\$ 2.880.000
182-2010	18/01/2010	15/06/2010	\$ 9.817.333
ADC. 182	16/06/2010	15/08/2010	\$ 3.980.000
885-2010	17/08/2010	04/01/2011	\$ 9.353.000
ADC. 885	08/01/2011	31/01/2011	\$ 1.525.667
349-2011	09/02/2011	28/04/2011	\$ 5.466.667
ADC. 349	29/04/2011	31/05/2011	\$ 2.186.667
897-2011	01/06/2011	30/11/2011	\$ 12.300.000
ADC. 897	01/12/2011	31/01/2012	\$ 4.100.000
337-2012	15/02/2012	31/07/2012	\$ 11.763.867
896-2012	01/08/2012	30/09/2012	\$ 4.252.000
ADC. 896	01/10/2012	30/11/2012	\$ 4.252.000
1351-2012	01/12/2012	31/01/2013	\$ 5.381.512
ADC. 1351	01/02/2013	28/02/2012	\$ 2.690.751
517-2013	01/03/2013	31/07/2013	\$ 13.782.055
ADC. 517	01/08/2013	31/08/2013	\$ 2.756.411
1622-2013	01/09/2013	30/11/2013	\$ 10.830.000
2168-2013	01/12/2013	31/01/2014	\$ 7.220.000
ADC. 2168	01/02/2014	28/02/2014	\$ 3.610.000
501-2014	01/03/2014	30/04/2014	\$ 7.220.000
1081-2014	01/05/2014	31/07/2014	\$ 10.830.000
2030-2014	01/08/2014	31/08/2014	\$ 3.610.000
2886-2014	01/09/2014	30/09/2014	\$ 3.610.000
3217-2014	03/10/2014	31/10/2014	\$ 3.610.000
3732-2014	01/11/2014	30/11/2014	\$ 3.610.000
4414-2014	01/12/2014	31/12/2014	\$ 3.610.000
249-2015	05/01/2015	31/01/2014	\$ 3.610.000
976-2015	01/02/2015	31/03/2014	\$ 7.220.000
1557-2015	01/04/2015	30/09/2015	\$ 22.452.756
3019-2015	01/10/2015	30/11/2015	\$ 7.484.252
3512-2015	01/12/2015	31/12/2015	\$ 3.742.126

Diagonal 34 N° 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



433-2016	01/01/2016	31/01/2016	\$	3.742.126
1279-2016	16/02/2016	30/04/2016	\$	8.104.380
1397-2016	01/03/2016	15/08/2016	\$	28.547.334
02-PS-1386-2016	05/09/2016	31/03/2017	\$	24.033.334
PS 3500 2017	17/04/2017	31/03/2018	\$	30.666.667

OBSERVACIONES

CON UNA TERMINACION DEL CONTRATO 1279-2016 A PARTIR DEL 01 DE MARZO DE 2016.

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C, el día 26 de Febrero de 2018.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Dirección Contratación

Proyecto: Isabel Jiménez - Técnico administrativo



LA GERENTE GENERAL DE LA EMPRESA
CONTASIS

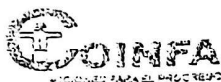
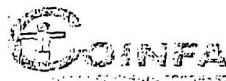
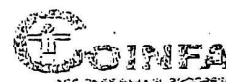
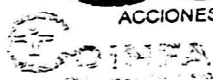
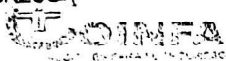
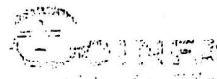
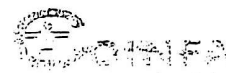
CERTIFICA

Que la señora ADRIANA HIGUERA GARCIA, identificada con cedula de ciudadanía numero 52.703.397 de Bogotá, Laboró en nuestra empresa desde el 01 de enero de 2.004 a diciembre de 2.005 desempeñando funciones en el área de promoción y prevención del bienestar laboral. Dentro de la Funciones que desarrollaba estaba el desarrollo de acciones sobre la problemática de salud y enfermedad profesional, talleres de prevención según la normatividad vigente, protocolos de atención individual frente a los diagnosticos realizados.

Dada en Bogotá D.C a los 14 días del mes de Julio del año dos mil Ocho. (2.008)

Cordialmente.


NELLY RODRIGUEZ
C.C No. 39.534.080 Bogo



CF-CER-0158-07

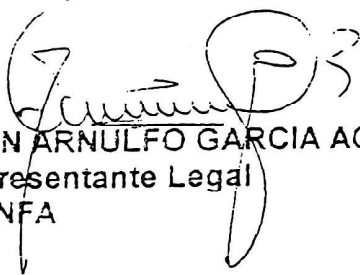
El suscrito Representante Legal de la Asociación de Acciones para el Progreso: Comunidad, Individuo y Familia, "COINFA", entidad sin ánimo de lucro, reconocida con personería jurídica No. 440 de la Alcaldía Mayor e inscrita en Cámara de Comercio bajo el No S0003170.

CERTIFICA QUE

ADRIANA HIGUERA GARCIA, identificada con cédula de ciudadanía número 52'703.397 de Bogotá, estuvo vinculada con nuestra entidad como Facilitadora Profesional en la localidad de Suba desde el 1º de Marzo hasta el 31 de Julio de 2.007.

Esta certificación se expide en Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de Agosto de 2007, a solicitud de la interesada.

Cordialmente.


ALAN ARNULFO GARCIA AGUILLON
Representante Legal
COINFA



Country Club

DIRECCION DE DEPORTES DEL SERREZUELA COUNTRY CLUB

CERTIFICA QUE ADRIANA HIGUERA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52703397 LABORO CON NUESTRA ENTIDAD DURANTE EL 01 DE 2006 A 30 2007.
COMO PROMOTORA DEL AREA DE SALUD Y PREVENCION. DESEMPEÑANDO FUNCIONES
TALES COMO:

DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS JUVENTUD Y DEPORTE

SALUD VISUAL Y PREVENCION.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

ACONDICIONAMIENTO FISICO Y DEPORTE

PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA

SANEAMIENTO AMBIENTAL

ACTUALIZACIONES EN PREVENCION DE ENFERMEDAD LABORAL Y AUTOCUIDADO.

EMBARAZO Y LACTANCIA

COORDIALMENTE EDWIN SILVA PUENTES
Director de deportes club Serrezuela.

SERREZUELA COUNTRY CLUB
NIT: 800.219.965-6
DEPARTAMENTO DE DEPORTES



LA E.S.E HOSPITAL SAN CRISTÓBAL

Certifica que

ADRIANA HIGUERA GARCIA

Con cédula de ciudadanía

52.703.397 de Bogotá

**CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO - TALLER DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA -
ESTRATEGIAS DE SALUD MATERNO INFANTIL**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 8 HORAS.

Bogotá D.C. Abril de 2012

Hugo Armando Muñoz R
Gerente (E)
E.S.E SAN CRISTÓBAL



aiepi

IAIMI
INTEGRAL

Intervenciones
Respiratorias
Agudas

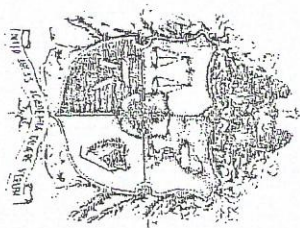


IAFI

ESTRATEGIA DE INSTITUCIONES AMIGAS
DE LA FAMILIA GESTANTE Y LA INFANCIA



BOGOTÁ
HUMANA



Universidad Nacional
de Colombia
Facultad de Medicina
Dpto. de Ciencias Fisiológicas
Unidad de Lípidos y Diabetes

Certifica que:

El Doctor(a) FIGUERA ADRIANA

Participó en el V Curso Internacional de Actualización en Factores de
Riesgo Cardiovascular celebrado en Bogotá el 25 de febrero de 1999.

Dr. Iván Darío Sierra Ariza
Profesor Titular y Director
Unidad de Lípidos y Diabetes
Facultad de Medicina
Univ. Nacional de Colombia

E.S.E Hospital San Cristóbal



CERTIFICA QUE:

ADRIANA HIGUERA GARCIA

Asistió a la capacitación de lengua de señas de Colombia.

1 nivel básico.

Duración 16 horas.



Nicolás E. Escobar P
Gerente

Luis Pascagaza
Capacitador de lengua de señas

Elizabeth Coy
Coordinadora Salud Publica

Bogotá D. C., Junio de 2009

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DEL MOVIMIENTO CORPORAL HUMANO

Certifica que:

Adriana Higuera García

C.C. 52703397

Aprobó el curso de formación virtual sobre

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC
Módulo Ámbito Comunitario

Con una intensidad: 50 horas

Dado en Bogotá D.C., el 18 de febrero de 2013

NANCY STELLA LANDINEZ PARRA
Directora
Departamento del Movimiento Corporal Humano
Facultad de Medicina

IMMA QUITZEL CAICEDO MOLINA
Directora
Estrategia E-Learning PIC
Profesora Asociada Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Adelante en el tiempo

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO SU
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD Y
EDUCACIÓN CONTINUADA

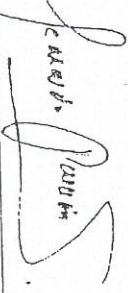
Otorgan el presente
Diploma

A
ADRIANA FIGUERA GARCÍA

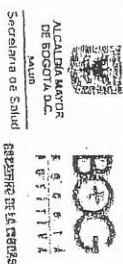
Por su asistencia y participación en el **DIPLOMADO FORTALECIMIENTO DE LA RED DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD DE BOGOTÁ**, realizado entre el 26 de octubre y el 14 de diciembre de dos mil nueve (2009) con una intensidad de ciento veinticuatro (124) horas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los catorce (14) días del mes de diciembre de dos mil nueve (2009).


LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Directora Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud


LEONARDO PALACIOS SANCHEZ
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud


JORGE BERNAL CONDE
Gerente
Hospital del Sur



Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1905

LICEO
EL RINCONCITO DEL SABER



Liceo El Rinconcito del Saber

Inscripción N. 3.206

Licencia de funcionamiento N. 04604 de dic 3 de 1962

Aprobación Oficial N. 8873 de jun 24 de 1983

Directora: ROSALBA RIOS DIAZ

LA GERENTE Y PROPIETARIA DEL LICEO EL RINCONCITO DEL SABER

CERTIFICA

Que la señora ADRIANA HIGUERA GARCIA, identificada con cedula de ciudadanía numero 52.703.397 de Bogotá, Participo en cursos de Formación en etica, Valores, y liderazgo dictados en el liceo El Rinconcito del Saber en Diciembre de 2.005 con una intensidad horaria de 180 horas.

Dada en Bogotá D.C a los 10 días del mes de Marzo del año dos mil Seis. (2.006)

Cordialmente.





Country Club

EL SERREZUELA COUNTRY CLUB

Certifica que:

La Doctora Adriana Higuera García

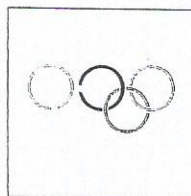
Participó en el curso de:

Formación deportiva de alto rendimiento y psicología del deporte

Con una intensidad horaria de 180 horas. Durante los meses de agosto-a diciembre de 2007.

Dado en Bogotá, el día 17 de enero de 2008.

SERREZUELA COUNTRY CLUB
Departamento de Deportes
NIT: 800.219.965-6
SERREZUELA COUNTRY CLUB
DEPARTAMENTO DE DEPORTES



CITIUS • ALTIUS • PORTIUS

COMITÉ OLÍMPICO INTERNACIONAL

Jacques Rogge

Presidente del Comité Olímpico Internacional
certifica que

ADRIANA HIGUERA GARCÍA

ha participado en el curso para dirigentes deportivos
de Solidaridad Olímpica

celebrado del *21 DE* al *23 DE MAYO DE 2008*

en *BOGOTÁ*

Jacques Rogge
Jacques Rogge

ANDRÉS BOTERO C.

ALBERTO FERRER VARGAS



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Otorgado a

ADRIANA HIGUERA

En reconocimiento a su exitosa participación en
el Programa de formación teórica y práctica

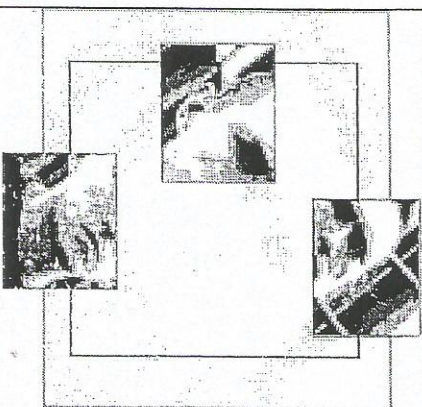
EL PROFESIONAL DE SERVICIO SUPERIOR

de la **Tecnología Cicloss EL PODER DEL SERVICIO**,
con una intensidad de 16 horas.

Gerencia
E.S.E.
Hospital San Cristóbal

Facilitador

Cicloss



FUNDACION UNIVERSITARIA
MANUELA BELTRAN



Programa de Psicología

Certifican Que:

ADRIANA HIGUERA

C.C No. 52.703.397

Participó en el SEMINARIO VISION INTEGRAL DEL ESTRES POSTRAUMATICO
Realizado el día 21 de Abril del año 2001, con una intensidad horaria de 8 horas

Alejandra Acosta H.
Dra. Alejandra Acosta H.
Vice-rectora Académica

JMB
Dr. Juan Martín Blanco R.
Dir. Centro de Psicología



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Alcaldía Mayor de Bogotá

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

SUBDIRECCIÓN PARA LA FAMILIA

CONSORCIO CONVIVENCIA SUR

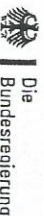
CERTIFICAN QUE:

Adriana Itaque

Asistió y participó en el conversatorio
"Conversando con las Familias"
organizado por el
Equipo de Política Pública de la
Subdirección para la Familia.

El 19 de Febrero de 2014

Se expide en Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero del 2014



Die
Bundesregierung



kfw
ENTWICKLUNGSBANK



cooperación
alemana
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



Consorcio
Convivencia Sur

BOGOTÁ
HUMANA

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

FECHA: 25-03-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo

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

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

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Higuera SEGUNDO APELLIDO: Garcia PRIMER NOMBRE: Adriana SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION: CC ☒ E ☐ RC ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 62703397 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 1997-Julio-24

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐ FECHA NACIMIENTO: 21-01-1977 LUGAR NACIMIENTO: Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASA ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 3 NUMERO DE HIJOS: 3 TELEFONO CELULAR: 3102651320

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: PROFESION / OFICIO:

DIRECCION RESIDENCIA: Kr 54b 176-49 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 4821295

CORREO ELECTRONICO: adrihgy99@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION: CC ☐ E ☐ RC ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ IVA: SI ☐ NO ☐ CODIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692
NO ☐ ICA: SI ☐ NO ☐ PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		NO ☒		Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA		LABORA	GOBIERNO	SERVICIOS ☒	# NIT 900 959 051 7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	INDUSTRIAL ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	LOGISTICA ☐
OTRA ☐	CUAL ☒				
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
De 34 5-43		3 44 44 84	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL		Lider Espacio Público		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	2'000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	38'000.000
PENSIÓN	4'000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	27'000.000	DEUDA VEHICULOS	14'000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	600.000	PROPIEDADES	75'000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	4'000.000	TOTAL EGRESOS	2'600.000	TOTAL ACTIVOS	102'000.000	TOTAL PASIVOS	52'000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Arciniegas	Gomez	Angeles	Rocio
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Kra 7 24 15	Bogotá / Cundinamarca / Colombia	Amistad	3133879803

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Banco Davivienda	Cuenta de Ahorros	00810066977	20 de julio	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS					
IMPORTE ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
					CUAL: <input type="text"/>

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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 entregué a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Fisioterapeuta Especialista Lider de espacio Público

- Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
- No 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 que opere transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas
- Así mismo declaro que los recursos que forma parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas 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.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueron requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 90 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratista: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o extractos 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.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS 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 contratación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos comerciales 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 comerciales. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y/o borrar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo de ser necesario la transferencia de la información a terceros.

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

Adriana Higuera Garcia

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



Declaración Anual de Impuesto Mínimo Alternativo Simple (IMAS) para Empleados

PRIVADA

230

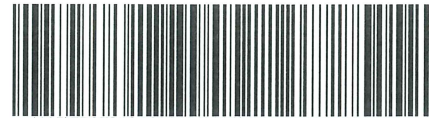
1. Año 2 0 1 6

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

2303605107925



(415)7707212489984(8020) 000230360510792 5

Datos del declarante	5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12. Cod. Dirección seccional
	5 2 7 0 3 3 9 7	5	HIGUERA	GARCIA	ADRIANA		3 2
	24. Actividad económica	0 0 1 0	Si es una corrección indique:		25. Cód.	26. No. Formulario anterior	

Patrimonio	Total patrimonio bruto	27	96,189,000	
	Deudas	28	65,385,000	
	Total patrimonio líquido	29	30,804,000	
Determinación renta gravable alternativa (RGA) - IMAS	Ingresos brutos del empleado	30	47,444,000	
	Otros ingresos	31	0	
	Ingresos excluidos de la base (RGA) del IMAS	32	0	
	Total ingresos	33	47,444,000	
	Dividendos y participaciones no gravados	34	0	
	Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	35	0	
	Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	36	5,408,000	
	Gastos de representación exentos	37	0	
	Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	38	0	
	Pérdidas por desastres o calamidades públicas	39	0	
	Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	40	0	
	Costo fiscal de los bienes enajenados	41	0	
	Indemnizaciones por seguro de vida, por accidente de trabajo o enfermedad	42	0	
	Licencia de maternidad y gastos funerarios	43	0	
	Exceso del salario básico de oficiales y suboficiales de las FF.MM y la Policía Nacional	44	0	
	Seguro por muerte y compensación por muerte de las FF.MM y la Policía Nacional	45	0	
	Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez; fondos de cesantías y cuentas AFC	46	0	
	Renta gravable alternativa - RGA	47	42,036,000	
	Ganancias ocasionales	Ingresos por ganancias ocasionales	48	0
		Costos por ganancias ocasionales	49	0
		Ganancias ocasionales exentas y no gravadas	50	0
		Ganancia ocasionales gravables	51	0
	Liquidación privada	Impuesto sobre la renta mínimo alternativo simple - IMAS	52	0
Descuentos tributarios		53	0	
Impuesto neto de renta		54	0	
Impuesto de ganancias ocasionales		55	0	
Total impuesto a cargo		56	0	
Anticipo renta por el año gravable anterior		57	0	
Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución o compensación		58	0	
Total retenciones año gravable 2016		59	555,000	
Anticipo renta por el año gravable siguiente		60	0	
Saldo a pagar por impuesto		61	0	
Sanciones		62	0	
Total saldo a pagar		63	0	
o Total saldo a favor		64	555,000	



65. No. Identificación signatario 66. DV (415)7707212489984(8020)111174000000527033974100(3900)000000000000(96)20170810

981. Cód. Representación

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total \$ 0

Firma del declarante o de quien lo representa

Adriana Higuera Garcia



citibank

09146226 2
(415)7707212489953(8020)09011200537133



2 0 1 7 0 2 0 0 8 7 4 3 7 7