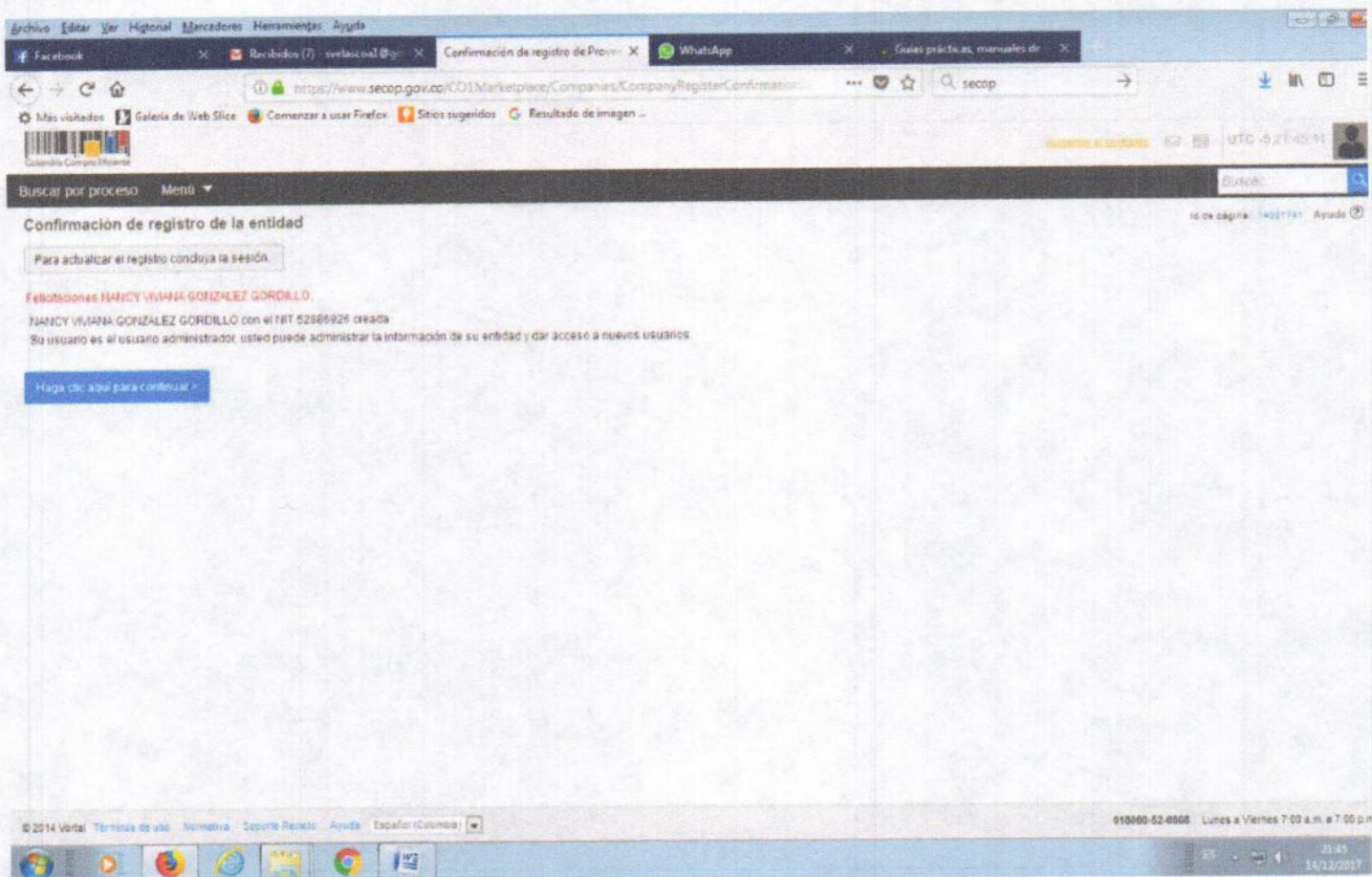






FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Gonzalez</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Gordillo</u>	NOMBRES <u>Nancy Viviana</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>52.886.926</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>06</u> MES <u>07</u> AÑO <u>1982</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Condinamarca</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Calle 76 F 110 # 702-69</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Condinamarca</u> TELÉFONO <u>3134268499</u> EMAIL <u>Nancy985@gmail</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	AÑO
										☒	<u>12</u>	<u>1998</u>

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURA CRONOLÓGICA, 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	
TC	<u>3</u>	☒		<u>Técnica Auxiliar de Enfermería</u>	<u>07</u>	<u>2017</u>	<u>52886926</u>

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 1995)

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 Subred Centro Oriente E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Condnamarca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3 44 44 84	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 05 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Téc Auxiliar Enfermera	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN Dg 34 S - 43	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Cristóbal	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Condnamarca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2 09 74 80	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 12 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 07 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Téc Auxiliar Enfermera	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN Cl 20 Sur 8A - 22	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Fontibón ESE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Condnamarca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4 86 00 33	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 03 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 03 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Téc Auxiliar Enfermera	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN Kr 49 Cl 76j - 47	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MÁS 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.

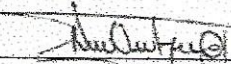
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	6	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	

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 MENCIONADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50, DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá, 26 marzo - 2018



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



**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, Nancy Viviana Gonzalez Gordillo

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 52-886.926 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN Calle 16 # 315 # 702 - 69 TELÉFONOS 3134268499

MUNICIPIO Cundinamarca DEPARTAMENTO Bogotá PAÍS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Leonor Abonni Gordillo Alba</u>	<u>57.650-068</u>	<u>Madre</u>
<u>Maria Fernanda Chavez Gonzalez</u>	<u>1.025.532.487</u>	<u>Hija</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, PARA TOMAR POSESIÓN ☐, PARA RETIRARME ☐, PARA ACTUALIZACIÓN ☐, PARA MODIFICAR

LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐, 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 DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>13.500.000</u>
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	<u>13.500.000</u>

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
<u>Daviivienda</u>	<u>Ahorros</u>	<u>007380740777</u>	<u>Fontibón</u>	<u>0.</u>

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

Cesar Ivan Chavez Torres

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐

N°

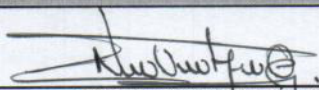
80-227-745

2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá. 26 Marzo 2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Colegio Pío XII

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.,
según Resolución No. 01625 del 14 de Junio de 1.989

Confiere A:

Nancy Viviana González Gordillo

Identificado (a) conT.I..... No ..529296...52655 deIpi. Sta.....

El Título de:

Bachiller Técnico Comercial

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

Rector

Secretaria



Martha Lucio Hernández U.

Martha Lucio Hernández U.

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. 1065

DANE 31100118974

COLEGIO PIO XII

En la ciudad de SANTAFE DE BOGOTA D.C. a los ONCE (11) días del mes de DICIEMBRE del año 1.998

se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría del COLEGIO PIO XII

Institución aprobada hasta NVA.VISITA en el nivel de Educación Media y autorizada por LA SECRETARIA

DE EDUCACION para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad COMERCIAL

según RESOLUCION No. 001625 del CATORCE (14) de JUNIO de 1.989

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER TECNICO COMERCIAL

al graduado cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:
GONZALEZ GORDILLO NANCY VIVIANA T.I.#820706-52656 DE STAFE DE BTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 010 de fecha 11/12/98 que consta de 26 alumnos que

comienza con el nombre de AGUILAR MARTINEZ JUAN CARLOS

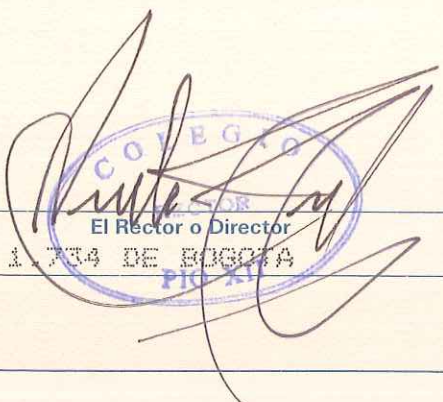
y se cierra con el nombre de TAMAYO GISELA ALEXANDRA

firmado y sellado por ARCADIO HERNANDEZ DE LA FUENTE (Rector)

y MARTHA LUCIA HERNANDEZ ULLOA (Secretario).

Dada en SANTAFE DE BOGOTA D.C. a los ONCE días del mes de DICIEMBRE de 1.998

Firmado y Sellado


El Rector o Director
C.C. No. 1.734 DE BOGOTA


Secretario (a)
C.C. No. 27.712.985 DE BOGOTA

DIPLOMA No. _____

Bogotá D.C

Señores:

El Colegio Pío XII
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Nancy Niviana Gonzalez Gordillo 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:

Bachiller Técnico Comercial
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento: 52.886926

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: C/ 16 F BIS # 102-69

Teléfono: 313 4268499

LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA N°52886926 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes órdenes prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

No de Contrato	Valor	Fecha Inicial	Fecha Final
No Contrato 4850-2014	\$ 1.400.000	2014-12-03	2014-12-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la 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. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el termino establecido. 7- Dar aplicacion a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestion adoptados por la ESE Sa Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la informacion institucional confidencial que conozca por causa o con ocasion del contrato, asi como respetar la titulaion de los derechos de autor, en relacion con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecucion del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Etica y Buen Gobierno de la ESE San Cristobal en la ejecucion del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningun software sin la autorizacion previa y escrita de la oficina de Planeacion y Sistemas de la ESE San Cristobal. Asi mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporcion al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (físicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (artículo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecucion del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoria, esta se deriva de la revision de glosa de 2010 del FFD

No Contrato 351-2015	\$ 1.300.000	2015-01-05	2015-01-31
----------------------	--------------	------------	------------

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

Calle 22 Sur # 8A - 58
Código postal: 110421
Conmutador: 209 14 80 Fax: 278 39 80
www.esesancristobal.gov.co
Info: Línea 195



GP-CER385677



CD-SC-CER385665



SC-CER-385666



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Para verificar la validez de este certificado ingresa a www.esesancristobal.gov.co/intranet/validar y digita este código: f1d@9747o?



NIT. 800216538-0

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la 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. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el término establecido. 7- Dar aplicación a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestión adoptados por la ESE Sa Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la información institucional confidencial que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Ética y Buen Gobierno de la ESE San Cristóbal en la ejecución del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningún software sin la autorización previa y escrita de la oficina de Planeación y Sistemas de la ESE San Cristóbal. Así mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (físicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (artículo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoría, esta se deriva de la revisión de glosa de 2010 del FFD

No Contrato 1123-2015	\$ 3.000.000	2015-02-01	2015-03-31
-----------------------	--------------	------------	------------

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la 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. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el término establecido. 7- Dar aplicación a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestión adoptados por la ESE Sa Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la información institucional confidencial que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Ética y Buen Gobierno de la ESE San Cristóbal en la ejecución del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningún software sin la autorización previa y escrita de la oficina de Planeación y Sistemas de la ESE San Cristóbal. Así mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (físicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (artículo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoría, esta se deriva de la revisión de glosa de 2010 del FFD

No Contrato 1661-2015	\$ 6.219.600	2015-04-01	2015-07-31
-----------------------	--------------	------------	------------

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

Calle 22 Sur # 8A - 58
Código postal: 110421
Commutador: 209 14 80 Fax: 278 39 80
www.esesancristobal.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

GP-CER385677

CO-SC-CER385668

SC-CER 385668

Para verificar la validez de este certificado ingresa a www.esesancristobal.gov.co/intranet/validar y digita este código: f#d@9747o?



NIT. 800216538-0

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la 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. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el término establecido. 7- Dar aplicación a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestión adoptados por la ESE Sa Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la información institucional confidencial que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Ética y Buen Gobierno de la ESE San Cristóbal en la ejecución del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningún software sin la autorización previa y escrita de la oficina de Planeación y Sistemas de la ESE San Cristóbal. Así mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (físicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (artículo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoría, esta se deriva de la revisión de glosa de 2010 del FFD

VALOR ADICIÓN	DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
\$ 3,109,800	DOS (02) MESES	2015-09-30
No Contrato 3118-2015	\$ 3,109,800	2015-10-01
		2015-11-30

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

No Contrato 3718-2015	\$ 1,554,900	2015-12-01	2015-12-31
-----------------------	--------------	------------	------------

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

No Contrato 150-2016	\$ 1,554,900	2016-01-01	2016-01-31
----------------------	--------------	------------	------------

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

No Contrato 827-2016	\$ 310,980	2016-02-10	2016-02-15
----------------------	------------	------------	------------

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

Calle 22 Sur # 8A - 58
Código postal: 110421
Commutador: 209 14 80 Fax: 278 39 80
www.esesancristobal.gov.co
Info: Línea 195



GP-CER385677



CD-SC-CER385696



SC-CER-385666



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Para verificar la validez de este certificado ingresa a www.esesancristobal.gov.co/intranet/validar y digita este código: ffd@974707



NIT. 800216538-0

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

No Contrato	1146-2016	\$ 4.150.418	2016-02-16	2016-04-30
-------------	-----------	--------------	------------	------------

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA- TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Técnico salud -auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y prestación de los servicios contratados.

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el viernes 08 de julio del 2016.

Cordialmente,

Virmary Angela Ortiz Herrera
Jefe Asesora Oficina Jurídica

Calle 22 Sur # 8A - 58
Código postal: 110421
Conmutador: 209 14 80 Fax: 278 39 80
www.esesancristobal.gov.co
Info: Línea 195



GP-CER385677



CD-SC-CER385686



SC-CER-385686



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Para verificar la validez de este certificado ingresa a www.esesancristobal.gov.co/intranet/validar y digita este código: f#d@9747o?



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Fontibón



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20142400026721

Fecha: 05-05-2014

Bogotá D.C., Lunes, 05 de Mayo de 2014

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

Que **NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **52.886.926** de **Bogotá** Desarrollo actividades en esta institución a través de los siguientes contratos de prestación de servicios:

CONTRATO No.	1175-12
OBJETO	Prestar Servicios Técnicos de Auxiliar de Enfermería para procesos de Salud Pública en el Hospital Fontibón E.S.E.
FECHA DE INICIO	14 de Marzo de 2012
TERMINO DE CONTRATO	31 de Enero de 2013
VALOR MENSUAL	UN MILLON TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS (\$1'039.486) M/CTE HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2012 Y A PARTIR DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2012 SE INCREMENTA EN UN MILLÓN TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS (\$1'346.397) M/CTE

CONTRATO No.	729-13
OBJETO	Prestar Servicios Técnicos de Auxiliar de Enfermería para procesos de Salud Pública en el Hospital Fontibón E.S.E.
FECHA DE INICIO	01 de Febrero de 2013
TERMINO DE CONTRATO	31 de Enero de 2014
VALOR MENSUAL	UN MILLÓN TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS (\$1'346.397) M/CTE

Carrera 104 N° 20C - 21
Tel: 4860033 - 4868510
Fax 5432034

www.hospitalfontibon.gov.co



HOSPITAL FONTIBÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL FONTIBÓN E.S.E.

BOGOTÁ
HUMANA

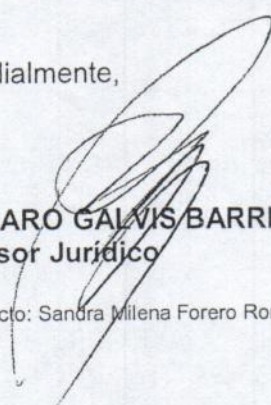


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Fontibón

CONTRATO No.	1013-14
OBJETO	Prestar Servicios Técnicos de Auxiliar de Enfermería para procesos de Salud Pública en el Hospital Fontibón E.S.E.
FECHA DE INICIO	01 de Febrero de 2014
TERMINO DE CONTRATO	25 de Marzo de 2014
VALOR MENSUAL	UN MILLÓN TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS (\$1'346.397) M/CTE

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C a los Cinco (05) días del mes de Abril de dos mil catorce (2014) a solicitud del interesado.

Cordialmente,


ALVARO GALVIS BARRIOS
Asesor Jurídico

Proyecto: Sandra Milena Forero Romero – Apoyo Oficina Jurídica

Carrera 104 N° 20C – 21
Tel: 4860033 – 4868510
Fax 5432034

www.hospitalfontibon.gov.co



HOSPITAL FONTIBÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SISTEMA DE SALUD DE BOGOTÁ

BOGOTÁ
HUMANANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
52886926

GONZALEZ GORDILLO
APELLIDOS

NANCY VIVIANA
NOMBRES

Nancy Gonzalez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-1982**
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

24-JUL-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500117-42084692-F-0052886926-20001021

01167 00294A 02 093122680

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		MUNISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado		001	
2. Concepto: 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario: 14392647455			
				 (415)7707212489984(8020) 000001439264745 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 8 8 6 9 2 6 - 6		6. DV: 6		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 8 8 6 9 2 6		27. Fecha expedición: 2 0 0 0 0 7 2 4	
Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: 1 6 9		29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido: GONZALEZ		32. Segundo apellido: GORDILLO		33. Primer nombre: NANCY		34. Otros nombres: VIVIANA	
35. Razón social:							
36. Nombre comercial:							
37. Sigla:							
UBICACION							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		0 0 1	
41. Dirección principal: CL 16 F BIS 102 69 P 1							
42. Correo electrónico: vivianag825@gmail.com		43. Código postal:		44. Teléfono 1: 3 1 3 4 2 6 8 4 9 9		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION							
Actividad principal		Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código: 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 1 0 3 1 5		48. Código: 49. Fecha inicio actividad:		50. Código: 1 2	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código: 2 0							
20- Obtención NIT							
Obligados aduaneros							
54. Código:							
Exportadores							
55. Forma: 56. Tipo:							
57. Modo: 58. CPC:							
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos: SI NO X		60. No. de folios: 0		61. Fecha: 2 0 1 6 1 0 1 2			
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice Firma autorizada: Ximena Ramirez R 984. Nombre: RAMIREZ RANGEL XIMENA DEL PILAR 985. Cargo: Gestor I			

CONTRIBUYENTE NIT 52886926-6 NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO

Información General

Dirección CL 16 F BIS 102 9 P 1

Teléfonos 3134268499

Dirección electrónica vivianag825@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/08/2014

Soporte Inscripción 16278325

Fecha Inicio Actividades 15/03/2011

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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001238176

Fuente ICA TE TOCA

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



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Viviana
Apellidos: Gonzalez Bordinilo
Documento de identidad: No. 528869768
Fecha de Nacimiento: Dia 03 Mes 07 Año 1982

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

CONSERVELO

AHBVC353AE
06-2013
05-2016

Engerix™-B

444680

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profiliaxis, solicite la transcripción en los sitios autorizados
Por mí y por Colombia, yo me vacuno.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	21-08-05		
Toxóide Tetánico Difterico Td	1	10/10/18-06		
	2	Agosto 18-06		
	3	Febrero 7-07		
	4	Septiembre 26-07		
	5	Octubre 25-07		
Contra Hepatitis B	1	12 Dic. 2011		
	2	13-03-15	AHBVC344 ACI-0616	
	3	26/04/17	0330206006	
			Feb/19-11 Bordinilo	
Contra Fiebre Amarilla	Única	21/05/15		
Contra Influenza	Única	25/05/17		
Otras				



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud



Nro. 11608

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 26/03/2018 HORA:7:21:	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO
NOMBRES: NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO	CEDULA: 52886926
EMPRESA: SUBRED CENTRO-ORIENTE	EDAD: 35 GENERO: F
	CARGO: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
	TELEFONO: 3134268499

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Médica Laboral	Si	Respiratorio	Si
Espirometría	--	Dermatología	Si
Audiometría	--	Osteomuscular	Si
Visiometría	--	Cardiovascular	Si
Optometría	--	Prueba de equilibrio	--
Electrocardiograma	--	Radiología Tumor/corpo	--
Psicología Laboral	--	Radiología Columna	--
Vacunas	--	Radiología Torax	--

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático IVG	--	Parcial de Orina	--
Glicemia	--	RH-Grupo Sanguíneo	--
Colesterol	--	KOH Uñas	--
Triglicéridos	--	Frotis Faringeo	--
Serología	--	Coprologico	--

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

PTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)	--	Segun Res.1409 del 3 de Julio de 2012
Apto Para el cargo sin Restricciones	Si	Aplazado
Apto Para el Cargo con Restricciones que intervienen con su Trabajo	--	No Apto Para Este Cargo
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	--	--
Examen PERIODICO Satisfactorio	--	Examen de EGRESO Satisfactorio

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	Si
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomía del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Físico	Si
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirometría	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	Si		--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar el consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información suministrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo en el proceso. He leído y comprendido a la perfección anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR PAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6684 DE 27/07/2009
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No 52886926

Carrera 21 100-00/06 Sur

Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937

Fax: 239 0086

umedltda@gmail.com

www.umedips.com

Realice sus exámenes en Instituciones medicas
aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud:
UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2018-03-26	CIUDAD:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA DISRITO CAPITAL
Distiguado 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 enunareadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
GONZALEZ	GORDILLO		NANCY	VIVIANA	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		52886926	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	2000-07-24	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1982-07-06	BOGOTA DISTRITO CAPITAL		COLOMBIA	COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			1	1	3134268499
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☒ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐					BACHILLER TECNICO COMERCIAL
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 16F BIS 102 69		BOGOTA DISTRITO CAPITAL	CINDINAMARCA	COLOMBIANA	3134268499
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
vivianag825@gmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
CHAVEZ	TORRES		CESAR	IVAN	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		80221145	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	2000-07-27	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: COLOMBIANA
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐	HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐	PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA ☐	CUAL:	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	IVA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	6692	
		ICA	SI ☒ NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	
				SI ☐ NO ☒	

Secretaría de Salud

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO

FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011

VERSIÓN: 02

FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO

SI ☐ NO ☒

ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS

SI ☐ NO ☒

NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA

GOBIERNO ☐ ☐/ICIOS ☒UD ☐

NIT

900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TE ☐LOGIA ☐ ALI ☐TOS ☐ MEDICAN ☐TOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECCION DE LA EMPRESA

TELEFONO

CIUDAD/MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

PAIS

DG 34 5 43

3444484

BOGOTA DISTRITO CAPITAL

BOGOTA DISTRITO CAPITAL

COLOMBIA

CARGO ACTUAL

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

FECHA VINCULACION

2017-05-15

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

\$ 1,500,000

GASTOS FAMILIARES

\$ 250,000

AHORROS

\$ 0

SALDO HIPOTECA

\$ 0

HONORARIOS

\$ 0

ARRIENDOS

\$ 550,000

INVERSIONES

\$ 0

TARJETAS DE CREDITO

\$ 0

ARRIENDOS

\$ 0

CUOTA VEHICULO

\$ 0

VEHICULOS

\$ 0

DEUDA VEHICULOS

\$ 0

COMISIONES

\$ 0

CUOTA VIVIENDA

\$ 0

PROPIEDADES

\$ 0

DEUDAS TERCEROS

\$ 0

OTROS INGRESOS*

\$ 0

OTROS EGRESOS*

\$ 0

OTROS ACTIVOS*

\$ 0

OTROS PASIVOS*

\$ 0

TOTAL INGRESOS

\$ 1,500,000

TOTAL EGRESOS

\$ 800,000

TOTAL ACTIVOS

\$ 0

TOTAL PASIVOS

\$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS

DESCRIPCION OTROS EGRESOS

DESCRIPCION OTROS ACTIVOS

DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

CAMACHO

CAPADOR

NIDIA

JOHANNA

DIRECCION

CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS

TIPO RELACION

TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR

KR 12 ESTE 42 15 SUR

BOGOTA DISTRITO CAPITAL

COLEGAS

3212782867

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD

TIPO DE PRODUCTO

NUMERO

SUCURSAL

TELEFONO

DAVIVIENDA

CUENTA DE AHORROS

00738074071-7

FONTHON

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:

IMPORT ☐ ON ☐ EXPORTA ☐ N ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

GESTOR COMUNITARIO

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi 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.

<div><div><div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div><div><div><div>Secretaría de Salud</div><div>Subred Integrada de Servicios de Salud</div><div>Centro Oriente E.S.E.</div></div></div></div></div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO</div> <div>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</div>	<div>CÓDIGO: ET-CA-FT-011</div> <div>VERSIÓN: 02</div> <div>FECHA: 2017-08-22</div>
<div>9. DOCUMENTOS REQUERIDOS</div>		
<div>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</div> <div>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</div> <div>Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante</div> <div>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</div> <div>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</div>		
<div>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</div> <div>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</div> <div>3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.</div> <div>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</div> <div>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</div> <div>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)</div> <div>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</div> <div>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</div>		
<div>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.</div>		
<div>CONSIDERACIONES</div>		
<div>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.</div> <div>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.</div> <div>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.</div> <div>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</div>		
<div>AUTORIZACION</div>		
<div>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</div>		
<div>Declaro expresamente:</div> <div>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.</div> <div>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</div> <div>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</div> <div>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</div>		
<div>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.</div>		
<div>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.</div>		
<div>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.</div>		
<div>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.</div>		

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

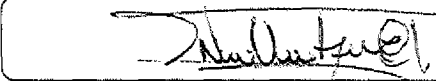
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal 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 sarlatf@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



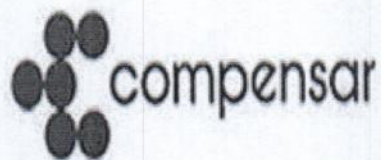
Firma Cliente / Representante Legal



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:		



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52.886.926 , se encuentra Activo en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO NIT 52886926, en calidad de INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170502	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Marzo de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

A QUIEN INTERESE

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: CAROL ANDREA CACERES
9356574

CER-AFI

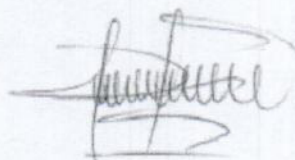
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52886926**, se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO 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	01/06/2012	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 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.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52886926

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

NANCY

Primer Nombre

VIVIANA

Segundo Nombre

GONZALEZ

Primer Apellido

GORDILLO

Segundo Apellido

06/07/1982

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA DC | CL 16F BIS 102 69

Ciudad de Nacimiento

Dirección de Residencia

3673348

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

COLPENSIONES

AFP - Pensiones

1500000

Honorarios

TECNICO AUXILIAR

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

vivianag825@gmail.com

Correo Electrónico

3134268499

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 107574035



WEB

14:37:18

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 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) NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52886926:

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.

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

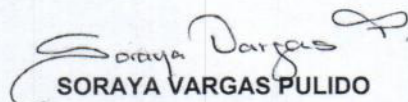
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 24 de marzo de 2018, a las 14:36:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52886926
Código de Verificación	52886926180324143642

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

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

CGR

Página 1 de 1





Bogotá D.C., 24 de Marzo de 2018 - 14:46 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) **NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS** de BOGOTÁ DC.

52886926

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_PS6KK_4614**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:42:43 horas del 24/03/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52886926

Apellidos y Nombres: **GONZALEZ GORDILLO NANCY VIVIANA**

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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA.

2018/03/24

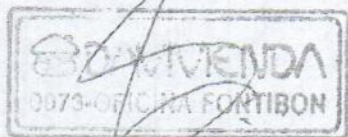
Por medio de la presente hacemos constar que la señora. **NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO**
con Cédula de Ciudadanía número **52886926**
de **BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL**
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 007380740717

Fecha Apertura 2012/03/29

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA