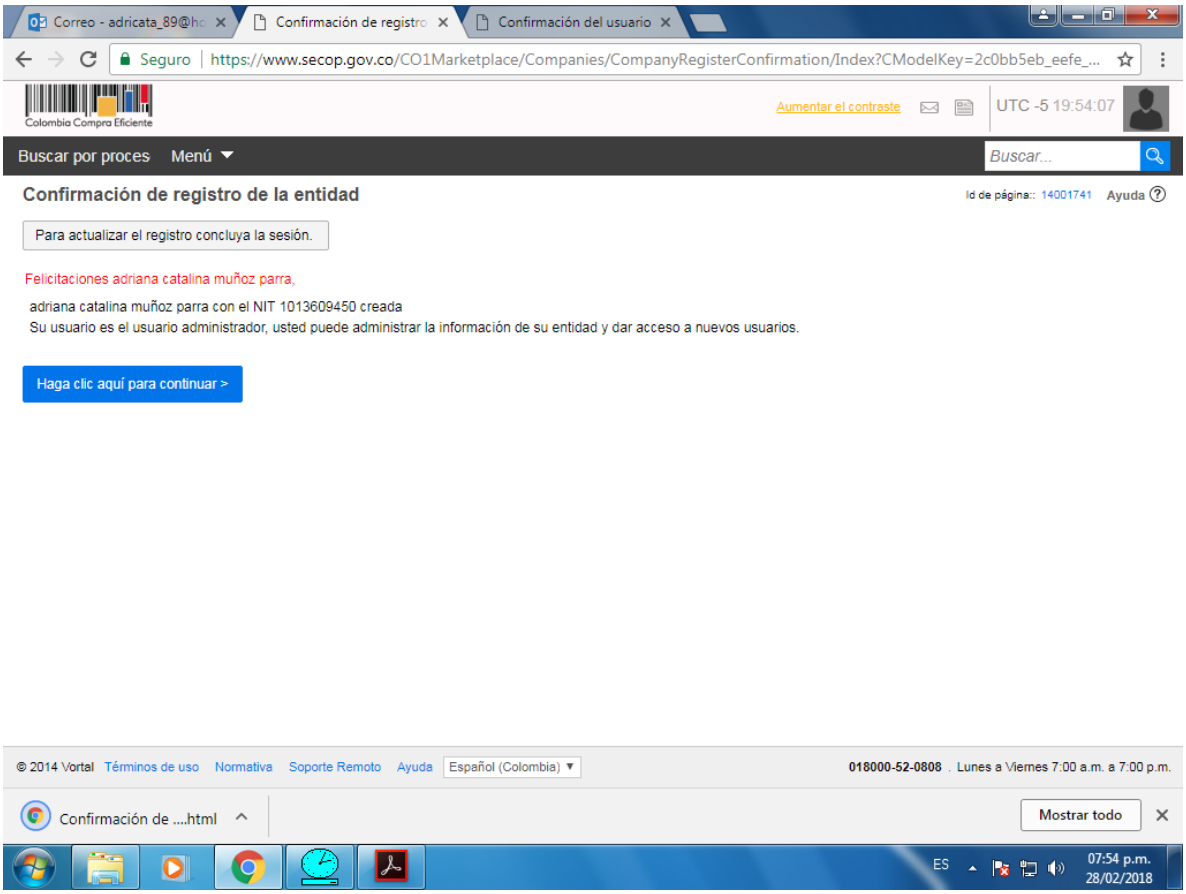

Correo - adricata_89@hc
Confirmación de registro
Confirmación del usuario
Seguro
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=2c0bb5eb_eefe_...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 19:54:07
Buscar por proces
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones adriana catalina muñoz parra,
adriana catalina muñoz parra con el NIT 1013609450 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Confirmación de ....html
Mostrar todo
ES
07:54 p.m.
28/02/2018

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Nunez	Parra	Adriana Catalina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
CC ☒ CE ☐ PAS ☐ No. 1018507430	F ☒ M ☐	COL ☒ EXTRANJERO ☐	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 08 MES 12 AÑO 1989	Carrera 24 # 2-23
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Boyacá
DEPTO Boyacá	MUNICIPIO Boyacá
MUNICIPIO Boyacá	TELEFONO 3208624706 EMAIL adri.cata-8@hotmail

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	
									X	MES 11 AÑO 2007

EDUCACIÓN 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		Auxiliar de Enfermería	12	2009	1018507430

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

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

Scanned by CamScanner

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Sub Red centro Oriente ese	X		colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 12 MES 03 AÑO 2018	DÍA 11 MES 04 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria	San Cristobal	Kr 3A Este 31 C-21 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Integral Salud L.T.D.A		x	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
320 8005667	DÍA 01 MES 06 AÑO 2015	DÍA 01 MES 02 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria	Tamizaje	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital centro oriente	X		colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 15 MES 06 AÑO 2013	DÍA 31 MES 01 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria	Epidemiologia	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA __ MES __ AÑO ____	DÍA __ MES __ AÑO ____

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	7

5 - FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) 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 Bogota 1 Mayo 2018

Catalina P

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Este Formulario Unico de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada debe ser diligenciado por todo servidor público, antes de tomar posesión de un cargo o empleo público y al momento de su retiro. Además, debe ser diligenciado como actualización, por todo servidor público, que al último dia del mes de marzo de cada año, se encuentre vinculado con el Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º del Decreto 736 de 1996.

INSTRUCCIONES GENERALES :

Diligencie este formato en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro. No omita ningún dato. Si los espacios no permiten la relación completa y adecuada de la información, amplie los datos en hojas en blanco, haciendo referencia al numeral que requiere complementar.

DEFINICIONES :

Acreencias y obligaciones vigentes : Hace referencia al conjunto de deudas que posee el servidor público a la fecha de posesión, actualización de datos o retiro de la entidad.

Actividades económicas de carácter privado : Son todas aquellas actividades que el servidor público realiza de forma ocasional o permanente, con el propósito de lograr recursos adicionales a los devengados con el Estado.

Bienes patrimoniales : Es el conjunto de activos que una persona posee. Estos activos incluyen los bienes muebles e inmuebles. El valor que se debe presentar es el comercial, o el resultante de la utilización de los métodos de depreciación y de ajustes admitidos por las normas contables del país.

Calidad de miembro : Hace referencia al tipo de nombramiento o participación que una persona posee dentro de una junta directiva, un consejo o una sociedad legalmente establecida.

Carácter de la entidad : Hace referencia a si estas entidades son públicas o privadas.

Ciudad y fecha : Corresponde al corte de cuentas establecido en el Decreto 2232 de 1995.

Declaración juramentada : Se considera como declaración juramentada la presentación de este formulario, debidamente diligenciado y firmado, ante la entidad empleadora. Con el articulo 10 del Decreto 2150 de 1995 quedó abolida la obligatoriedad de su presentación ante Notario Público.

Ingresos y rentas del último año gravable: Son todos los ingresos obtenidos en el año calendario inmediatamente anterior al de la presentación de esta declación.

Participación en juntas, consejos y sociedades : Hace referencia a cualquier vínculo como socio, asociado y/o propietario de cualquier tipo de corporación, sociedad o asociación legalmente establecida.

Primer grado de consanguinidad: Se refiere estrictamente a padres e hijos del servidor público.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS :

1. Declaración juramentada

1.1 Bienes y rentas.

- Escriba su nombre completo, marque con una X el documento de identificación. Escriba el número respectivo y todos los datos de su domicilio principal.
- Relacione todos los parientes de primer grado, escribiendo los apellidos y nombres, el documento de identidad y su parentesco.
- Marque con una X la razón por la cual está diligenciando la presente declaración.
- Relacione todos los ingresos y rentas obtenidos en el año inmediatamente anterior.
- Relacione todas las cuentas corrientes y de ahorro que posea en colombia y en el exterior, de forma directa o por interpuesta persona.
- Relacione todos los bienes que posee, según tipo (casa, apartamento, carro, etc.), indicando las caracteristicas respectivas de cada uno de ellos y el valor comercial.
- Relacione todas las obligaciones que posee a la fecha, indicando el acreedor, el concepto y el valor.

1.2 Participación en juntas y sociedades:

- Relacione los concejos directivos y las juntas a que pertenece.
- Relacione las corporaciones, sociedades o asociaciones en las que tiene participación como socio, propietario o empleado.
- Marque con una X la casilla correspondiente a si posee o no sociedad conyugal o de hecho vigente, indicando el nombre y el documento de identidad del conyuge o compañero permanente.

2. Información sobre Actividades Económicas Privadas:

Incluya en este cuadro la información de todas las actividades económicas privadas que le generan ingresos adicionales a los obtenidos en el sector público, indicando las caracteristicas de dichas actividades y la forma en que se beneficia de ellas.

3. Firma del Servidor Público:

Con la firma, manifiesta usted bajo la gravedad del juramento que los datos consignados en el presente formulario son veraces.

Scanned by CamScanner

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 Adriana Catalina Hoyos Parra

IDENTIFICADO CON C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 1012[illegible]50 DE BOGOTÁ

DIRECCIÓN Cll 2 # 24 B- 11 TELÉFONO 3205[illegible]206

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Bogotá PAÍS Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Emilia Ivana Cristancho	1023972811	Hija
Clara Inés Parra	52104579	madre
Erasmo Hoyos Barrero	79642912	padre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13, 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	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

Scanned by CamScanner

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 [X] NO [ ] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Nicolas Dorin Cristancho	C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	1022423722

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogota 01-Nov-2018
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN NO FORMAL

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

CONFIERE A:

ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA

C.C. 1.013.609.450 DE BOGOTÁ D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

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

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Institución Educativa Distrital
"San Francisco de Asís"

Bogotá, D.C.

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

Confiere a:

Adriana Catalina Muñoz Parra

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

El Título de

Bachiller Académico

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

Efraín Morales López
Rector

María Magdalena Sarmiento Rodríguez
Secretaria

Acta No. 86 Folio No. 28

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

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

Premio

Scanned by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN NO FORMAL

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

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 022

ACTA INDIVIDUAL N° 8924

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

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

FUNDACION DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YAZMETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Institución Educativa Distrital
"San Francisco de Asís"

Bogotá, D.C.

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

Confiere a:

Adriana Catalina Muñoz Parra

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

El Título de

Bachiller Académico

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



Efraín Morales López
Rector

María Magdalena Sarmiento Rodríguez
Secretaria

Acta No. 86 Folio No. 28

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

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

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

FUSDESA

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Adriana Catalina Muñoz Parra en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Técnico Auxiliar De Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Catalina Muñoz

No. de documento: 1013609480

Tarjeta profesional No: 1013609480

Dirección de contacto: Cll 2 # 24B-11

Teléfono: 3202882706

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente

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

HACE CONSTAR:

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

CONTRATO N° 22/2010

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

CONTRATO N° P303/2010

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

CONTRATO N° P521/2010

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

CONTRATO N° P593/2010

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

CONTRATO N° UU20/2013

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

CONTRATO N° PP623/2013

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

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente

CONTRATO N° PP251/2014

Objeto: Prestar servicios independientes como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Duración: Suscripción 2014-02-01 Terminación 2015-01-30.
Valor total de la contratación: $17.229.400

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

Marta P. Jiménez A.

MARTHA PATRICIA JIMENEZ AVILA
Profesional Especializado

Scanned by CamScanner

Integral Salud Ltda.

Bogotá 26 de Enero de 2016

CERTIFICACION DE PRESTACION DE SERVICIOS

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

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

Agradezco su atención.

Cordial saludo,

MARTHA FERNANDA CAÑON NIETO
Gerente General

c.c. Carpeta Proveedor

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.609.450**
MUÑOZ PARRA

APELLIDOS
ADRIANA CATALINA

NOMBRES

Adriana Catalina Muñoz

FIRMA





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

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA **A+** G.S. RH **F** SEXO

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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00357114-F-1013609450-20120121 **0029**010667A 1 36861023

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14248979177

(415)7707212489984(8020) 000001424897917 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 3 6 0 9 4 5 0	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 1 3 6 0 9 4 5 0	2 0 0 8 0 1 2 2

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	PARRA	ADRIANA	CATALINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 24 2 25 BRR VERGEL

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
adricata_89@hotmail.com		3 1 4 3 0 9 2 2 2 8	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 0 0 1 2 8	8 2 9 9	2 0 1 0 0 1 2 8				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	1 2																									

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
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 3 0 7 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:

984. Nombre: MUÑOZ PARRA ADRIANA CATALINA

985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 27-02-2018
Hora 9:58:00 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1013609450-5 ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA

Información General

Dirección CR 24 2 25

Teléfonos 3143092228

Dirección electrónica ADRICATA_89@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 28/01/2010

Soporte Inscripción 13070086

Fecha Inicio Actividades 28/01/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002773780

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ADRIANA CATALINA
MUÑOZ PARRA

C.C. 1013609450

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 17/09/2010

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 2360 *de* 26/02/2010

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MUÑOZ PARRA ADRIANA CATALINA Identificado(a) con CC número 1013609450 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 17/12/2009 y registrado en el libro 5 Folio 8924 año 2009
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MUÑOZ PARRA ADRIANA CATALINA identificado(a) con CC número 1013609450 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **26/02/2010**

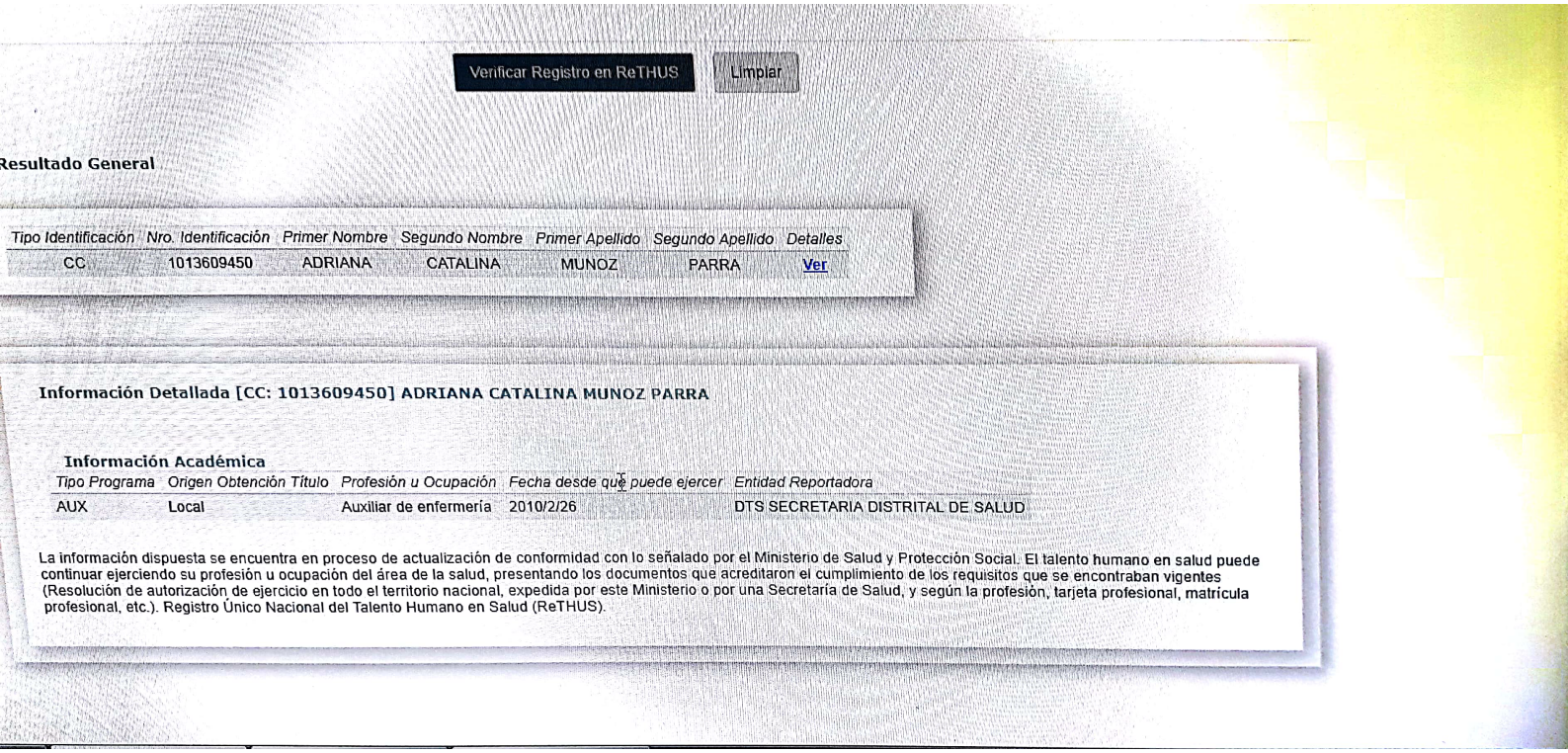
HERMAN REDONDO GÓMEZ.
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

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

Firma ADRIANA MUÑOZ

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	01 MAR 2018	compensar salud	
	2	01/09/2018		
	3			
	R			

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

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

Consérvelo

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

...bertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres	Adriana Catalina			
Apellidos	Muñoz Parra			
Documento de identidad	CC X TI	Pasaporte	No	1013609950
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	

Scanned by CamScanner

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

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Adriana Catalina
Apellidos:	Muñoz Parra
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 1013609450
Fecha de Nacimiento:	Día 08 Mes 12 Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola paperas	1	25 Julio/09 H.	Centro Oriente.	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	11 Julio 2008		
	2	27 Ene 2009		
	3	25 Julio 2009 H	Centro Oriente	
	4	25 Feb 2015		
	5	25 Junio 2016	IPS Veraguas	
Contra Hepatitis B	1	27 Enero 2009	Cruz Roja	
	2	01 Marzo 2018	compartir salud	
	3	24 ABR. 2018	H34084C2 compartir salud Johanna Sánchez	
	R	24-mayo/18		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		22 NOV	2011	
			6. Ext	Usaquen
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
	DPTa → 08-09-16		IPS Veraguas	

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 1100117751010[illegible] NIT. 900.171.517-3

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

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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

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

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 01/03/18	INGRESO [X]	EGRESO [ ]	PERIODICO [ ]	TRAB. EN ALTURAS [ ]	ESPAC. CONFINADOS [ ]	MAN. ALIMENTOS [ ]

NOMBRE	ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA		
CEDULA	1.013.609.450	TELEFONO O CELULAR	3202882706

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO [X]	AUDIOMETRIA [ ]	VISIOMETRIA [ ]	ESPIROMETRÍA [ ]	LABORATORIO CLÍNICO [ ]	PRUEBA VESTIBULAR [ ]

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA	SUBRED CENTRO ORIENTE
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACION MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	[X]	APTO CON RESTRICCIONES	[ ]
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO	[ ]	APLAZADO	[ ]
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	[ ]	NO APTO	[ ]

RESULTADO EXAMENES	EXAMEN MEDICO
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

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

DR. PABLO HERNANDEZ FIRMA Y LSO PROFESIONAL	Catalina M 1013609450 FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

Pablo Hernández Meneses
Médico Cirujano (UIS)
Esp. Salud Ocupacional
Esp. Gestión QHSE

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado por favor compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el que falsifique documento privado que pueda servir de prueba ante una autoridad, o lo use, en provecho suyo o de un tercero, incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. (Articulo 289 del Código penal Colombiano).**

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

Scanned by CamScanner

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

Centro Oriente E.S.E

CÓDIGO: [illegible]
VERSIÓN: [illegible]
FECHA: [illegible]

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

BARRIO:	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente de conformidad con el Numeral [illegible] de la Circular Externa No. [illegible] 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 vigilada por la Supersalud y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

[illegible]	[illegible]	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Ramos	Pacen	ADRIANA	Catalina		

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C	C.E	P.E	NUIP		1013609452	Bogota	2008-01-22
PASAPORTE	OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI X	NO

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE X		1	11	3202802706

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
	POSGRADO	ESPECIALIZACION	UNIVERSITARIO TECNOLOGO	BACHILLER OTRO	PRIMARIA	TECNICO	CUAL	auxiliar De Enfermeria
				X				

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cr 24 # 2 - 25	Bogota	Bogota	Colombiana	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
[illegible]@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castancho	Velasquez	Nicolas	Duvan

TIPO DE IDENTIFICACION					NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C	X	C.E	R.C	NUIP	1022423722	Bogota		
PASAPORTE		OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI X NO	NACIONALIDAD	colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

EMPLEADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:
HOGAR	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		IVA	SI NO X		
		NO X		ICA	SI NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO X	AGENTE RETENEDOR	SI	AGENTE AUTORETENEDOR	SI
				NO X		NO X

Scanned by CamScanner

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

CODIGO: F-C-A-F-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	AUD ☐	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		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	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	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	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	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
cubillos	ospina	sandra	milena
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
cll 3 sur 25 a 58	bogota	amiga	3133603808

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros	008480360808	20 Julio	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliar de enfermeria.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitire que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas
5. Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidacion del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infraccion de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicacion 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

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota**: Si presenta estados financieros o certificación de contador debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio (*Para Comerciantes*)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%
5. Fotocopia Declaracion 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 Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012 las disposiciones que buscan la proteccion 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 utilizacion no requeriria 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, telefono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculación 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 con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios tecnicos, estadisticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de informacion relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Direccion de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATEGICO - GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	CÓDIGO: EI-CA-FT-811 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-08-22

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 mi.

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 procesos en el Sarlaft del sistema y anterior serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. (**Diagonal 34 Sur 2 - 82 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail** [illegible]) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (***INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO***)

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

NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: www.subredcentrooriente.gov.co, en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y 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

Catalina N

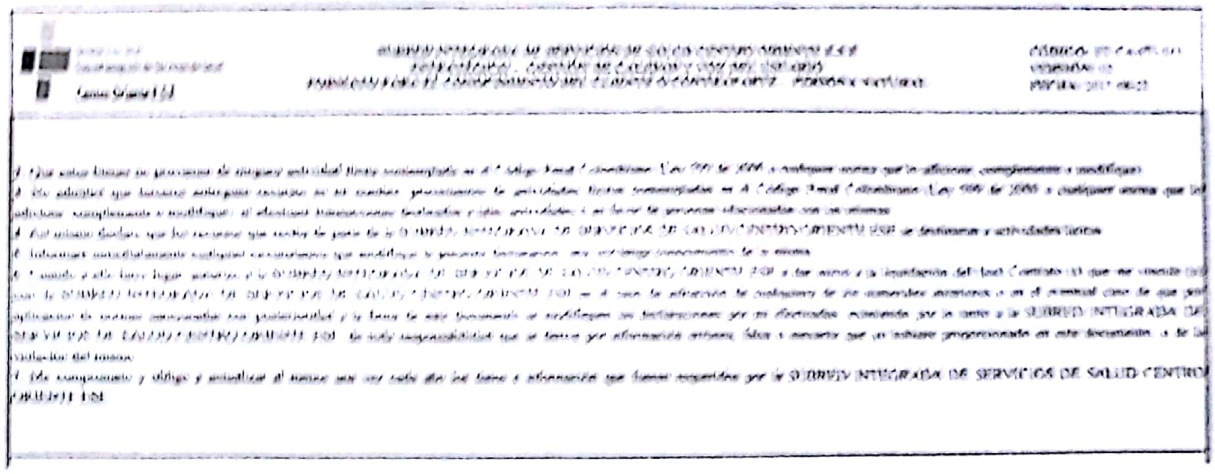
Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice 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:			

Scanned by CamScanner



Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA , identificada con Cédula Ciudadanía 1.013.609.450, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA		
Número de identificación:	1013609450	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CLL 2 24B-11	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	3202882706	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1013609450	MUÑOZ PARRA ADRIANA CATALINA	27/02/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 12 días del mes de Abril de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

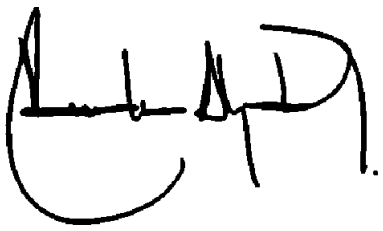
Elaboro:

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

CERTIFICA QUE:

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

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



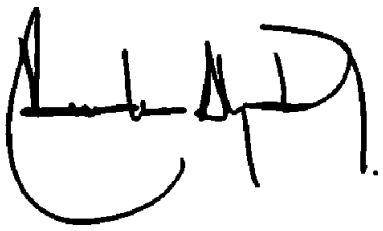
_____
Gerente de Clientes

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

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Abril de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013609450 Numero de Documento	SEGUROS BOLIVAR ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Adriana	Catalina	Mora	Parra

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
08/12/1989	Bogota	Cr 24 # 2-25	

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Cafesalud/medimas	Porvenir	$ 1500.000

Escriba su perfil tecnico o profesión Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar de enfermeria	

Correo Electrónico	Celular
adriacata-89@hotmail.com	3028882706

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
Catalina M	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 108310723

WEB
20:45:09

Bogotá DC, 11 de abril del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013609450:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 miércoles 11 de abril de 2018, a las 20:49:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013609450
Código de Verificación	1013609450180411204935

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2186717

Bogotá D.C., 11 de Abril de 2018 - 20:59 pm

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

CERTIFICA

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

1013609450

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren 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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 4_N9V4X_5920
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:03:39 horas del 11/04/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1013609450**

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

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/03/02

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

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	008480360505
Fecha Apertura	2016/03/22

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Scanned by CamScanner