
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones | Todos los usuarios | Activo | Seleccione | Crear

## Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| Nombre | Correo electrónico | Fecha de registro | Acceso a la cuenta | Última actualización de estado | Usuario | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA | andrea.subredcentrooriente@gmail.com | 15/12/2017 10:13:26 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Aceptado | 15/12/2017 10:35:41 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Activo | Editar | Detalle |

PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA

**OPCIONES**

Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

**VER**

Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

Ver detalle »

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| CARDENAS | FONSECA | PAOLA ANDREA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022974950

*SEXO*: F (X) M ( )

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 29 MES FEB AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Cajamarca

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

p.a.c.2@hotmail.com

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0000000

EMAIL p.a.c.2@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| *EDUCACIÓN BASICA* | | | | | | | | | | | *TITULO* bachiller |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES DICIEMBRE AÑO 2008 |
| | | | | | | | | | | X | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

**TC** (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

**ES** (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO* | *TEMINACIÓN MES* | *TEMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | X | | TECNICO AUX. ENFERMERIA | 7 | 2011 | 1022974950 |

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTROORIENTE | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS*<br>3444484 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 1 MES 6 AÑO 2017 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 23 MES 1 AÑO 2019 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>GESTION DEL RIESGO | *DEPENDENCIA*<br>EPIDEMIOLOGIA | | *DIRECCIÓN*<br>DIAGONAL 34 5-43 |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL DE USME PRIMER NIVEL | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS*<br>7660667 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 1 MES 10 AÑO 2011 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 1 MES 10 AÑO 2015 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>AUX. ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>INDEPENDIENTE | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 13 No. 135A 42 SUR |

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| PUBLICO | 5 | 7 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 5 | 7 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Rada Cardenas

*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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 23-ene-2019

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022974950 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** p.a.c.2@hotmail.com **Teléfonos** 3212266290 0000000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Ana Maria Fonseca | 28947398 | MADRE |
| diego alejandro rodriguez cardenas | 1025076952 | HIJO(A) |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ⓧ

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 0,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 18.100.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 18.100.000,00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | AHORROS | 004870359926 | 20 DE JULIO | $ 0,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

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

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



Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 23-ene-2019

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯ | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|

## 3. FIRMA

Rada Cárdenas

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 23-ene-2019

**CIUDAD Y FECHA**



Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre, la

# Institución Educativa Técnica
# Nuestra Señora del Rosario

Cajamarca, Tolima

Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima,
según Resolución No. 0908 del 28 de octubre de 2004,

Confiere a:

# Paola Andrea Cárdenas Fonseca

Identificada con T.I. No. 920229599 38 de Ibagué, Tolima

El Título de

# Bachiller Técnico

## Especialidad: Administración Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel
de Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.

Sor Rubiela Fajardo Cuadros O.P.
Rectora

María Dora Valencia
Secretaria Habilitada

Anotado al Folio No. 04 Libro de Registro No. 3

Dado en Cajamarca, Tolima, a 11 de diciembre de 2008

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

# "FUSDESA"

## FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

## CONFIERE A:

# PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA

C.C. 1.022.974.950 DE BOGOTA D.C.

EL CERTIFICADO DE

# TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

# AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUNDACION DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION FUNDACION DE FUSDESA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 08 Días del Mes de Julio de 2011
Anotado en el Folio 10633 Del libro 05 del Registro de FUSDESA

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA**
**NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO**
Carrera 4a. No. 4-12
Cajamarca, Tolima

| ICFES No. 16030 | DANE No. 173124000957 | S.E. No. 11241092 | NIT. 800102593-6 |
|---|---|---|---|

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Cajamarca, el día 11 de diciembre de 2008 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por Sor Rubiela Fajardo Cuadros O.P. (Rectora) y María Dora Valencia (Secretaria Habilitada), en el cual la Institución Educativa Técnica Nuestra Señora del Rosario confirió el título de:

## BACHILLER TÉCNICO
## Especialidad: Administración Comercial

**a:**

# Paola Andrea Cárdenas Fonseca

Identificada con T.I. No. 92022959958 de Ibagué, Tolima

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que le acredita como tal.

Esta Institución está aprobada en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima, para otorgar el Título de Bachiller Técnico especialidad Administración Comercial, según Resolución No. 0908 del 28 de octubre de 2004.

Es fiel copia del Acta Original No. 18 en lo pertinente.

En Cajamarca, a los 11 días del mes de diciembre de 2008.

Firmada y Sellada.

Sor RUBIELA FAJARDO CUADROS O.P.
C.C. No. 51.724.120 de Bogotá
Rectora

MARÍA DORA VALENCIA
C.C. No. 28.945.290 de Cajamarca (T.)
Secretaria Habilitada

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

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

# "FUSDESA"

## FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 025

ACTA INDIVIDUAL N° 10633

En Bogotá D.C. a los 08 días del Mes de Julio del año 2011,
**P A O L A A N D R E A C A R D E N A S F O N S E C A**
Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 1.022.974.950 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
**AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 10633 del Libro 05 del Registro de FUSDESA.

FUNDACION DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
"FUSDE.S.A"

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion de Socorristas Desarrollo y Accion "fusdesa"
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Paola Andrea Cardenas Fonseca 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:

Auxiliar en Enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Paola Cardenas

No. de documento: 1022974950

Tarjeta profesional No: 1022974950

Dirección de contacto: cl 81 su 1D 29 este

Teléfono: 3212266290

| | |
|---|---|
| **Naturaleza:** | **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** |
| **Número de contrato:** | **PS 3376 2018** |

| | |
|---|---|
| **Contratante:** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| **Contratista:** | PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA |
| **Identificación:** | 1.022.974.950 |
| **Objeto:** | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE |
| **Plazo de ejecución:** | DOS (2) MESES |
| **Valor:** | TRES MILLONES PESOS M/CTE ($3.000.000) |
| **Modalidad de contratación:** | CONTRATACIÓN DIRECTA |

Entre los suscritos a saber, por una parte, **MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.837.463 de Bogotá, D.C., en su calidad de **GERENTE** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, con Nit. 900959051–7, de conformidad con el Decreto No. 158 del cinco (05) de abril de dos mil diecisiete (2017) expedido por el alcalde Mayor de Bogotá D.C., quien para los efectos del presente documento de aquí en adelante se denominará la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.,** y **PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.022.974.950, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento de aquí en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, previas las siguientes consideraciones:**1)** Mediante Acuerdo No. 641 de Abril 06 de 2016, expedido por el Concejo de Bogotá, D.C. se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá Distrito Capital, se modifica el Acuerdo No. 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. **2)** Que el Acuerdo en mención, tiene por objeto efectuar la reorganización del Sector Salud en el Distrito Capital, definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual determinó la fusión de algunas entidades y la creación de otras. **3)** Que el acuerdo No. 641 de 2016 fusionó, entre otras, las Empresas Sociales del Estado Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara en la Empresa Social del Estado denominada Subred Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. **4)** Que cada una de las cuatro Empresas Sociales del Estado producto de la fusión, esto es, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E y Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, prestarán servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad y se articulan en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital. **5)** Que el Acuerdo No. 641 de 2016, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas. **6)** Que el Distrito Capital, adopto el Plan de Desarrollo "Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016- 2020", mediante Acuerdo 645 del 09 de junio de 2016 del Concejo de Bogotá D.C. "BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS", el cual se estructura a partir de tres pilares y cuatro ejes transversales. **7.)** Que la ejecución de las acciones en el marco de la salud urbana se abordará en cuatro espacios (vivienda, trabajo educativo y público) y cuatro procesos transversales (Gobernanza para la salud y calidad de vida, Gestión de Programas de interés en Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública y Salud Ambiental y Sanitaria) **8.)** Que, en concordancia con lo anterior, previo agotamiento de los trámites precontractuales adelantados por El Fondo Financiero Distrital de Salud- Secretaría Distrital de Salud, se determinó la necesidad de garantizar la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital. **9.)** Que como resultado del proceso precontractual adelantado, el Fondo Financiero Distrital de Salud suscribió el Contrato Interadministrativo No. 0083 de 2017 con la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. con el objeto de: "*Realizar actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital en concordancia con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Plan Territorial en Salud, de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población en la ciudad, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y ambiental y gestión de la salud pública*." **10.)** Que, a efectos de ejecutar el objeto antes mencionado, se tendrán en cuenta los criterios generales contenidos en los anexos técnicos: No.1 (Metas del proyecto de Inversión), No. 2 (Plan Programático y Presupuestal) No.3 (Lineamientos técnicos para la operación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas) No.4. (Componentes del costo) No.5. (Criterios de facturación y glosas) No.6. (Análisis económico del sector) No.7. (Matriz de Riesgos) los cuales se ejecutarán a través de las Unidades de Prestación de Servicios de Salud que integran la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E conforme a su capacidad técnica y operativa. **11.)** Que, con el fin de dar cumplimiento a la Cláusula Tercera del Contrato Interadministrativo No. 0083 de 2017, la Subred verificó los perfiles de formación y experiencia establecidos en los anexos 3 y 4 frente al Talento Humano e Infraestructura del citado contrato Interadministrativo. **12.)** Que, de conformidad con lo estipulado en el artículo 9 numerales 9.2 y 9.2.4 del Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Acuerdo 027 de 2017, expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, se podrá contratar directamente con personas naturales, servicios profesionales y de apoyo a la gestión de la E.S.E, requeridas para la prestación de servicios de salud los cuales no pueden ser atendidos por personal de planta, bien porque no existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, o cuando el desarrollo de la actividad requiera un grado de especialización que implica la contratación del servicio, o cuando aun existiendo personal en la planta, éste no sea suficiente. **13.)** Que para poder ejecutar las actividades misionales contratadas por el Fondo Financiero Distrital de Salud – Secretaría Distrital de Salud, **LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E,** requiere contratar capital humano, el cual es insuficiente en su planta de personal. **14.)** Que, es necesario consignar que, de acuerdo con la demanda de servicios por parte de la ciudadanía en el marco de la ejecución del Contrato Interadministrativo No. 0083 de 2017, el contratista deberá cumplir con sus obligaciones contractuales dentro de los horarios comúnmente aceptados, pues es en estos horarios que se presenta la mencionada demanda de servicios. Al respecto por vía jurisprudencial se ha sostenido que "*…entre contratante y contratista puede existir una relación de coordinación en sus actividades, de manera que el segundo se somete a las condiciones necesarias para el desarrollo eficiente de la actividad encomendada, lo cual incluye el cumplimiento de un horario, o el hecho de recibir una serie de instrucciones de sus superiores, o tener que reportar informes sobre sus resultados, pero ello no significa necesariamente la configuración de un elemento de subordinación*". (Consejo De Estado Sala De Lo Contencioso Administrativo Sección Segunda - Subsección "A" Consejero Ponente: Dr. Jaime Moreno García Bogotá D.C., 22 de febrero de 2007 REF: EXP. No. 47001-23-31-000-1999-00248-01 No. Interno: 1837-04) En efecto, de conformidad con la sentencia de la Sala Plena del Consejo de Estado del 18 de noviembre de 2003, Rad. IJ-0039, M.-P. Nicolás Pájaro Peñaranda: "(…) *si bien es cierto que la actividad del contratista puede ser igual a la de empleados de planta, no es menos evidente que ello puede deberse a que este personal no alcance para colmar la aspiración del servicio público; situación que hace imperiosa la contratación de personas ajenas a la entidad. Y si ello es así, resulta obvio que deben someterse a las pautas de ésta y a la forma como en ella se encuentran coordinadas las distintas actividades (…).* En desarrollo del anterior postulado expuesto

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Usme

# CERTIFICACION

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE LA OFICINA DE CONTRATACION, CERTIFICA QUE LA SEÑORA PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA, IDENTIFICADA CON C.C. No. 1.022.974.950, HA SUSCRITO CON EL HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E. NIT: 830.010.966-3, LOS SIGUIENTES CONTRATOS:**

| No. CONTRATO | VIGENCIA | OBJETO | ESTADO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| 3702-2011 | 31/10/2011-30/11/2011 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.050.000.00 |
| 4904-2011 | 01/12/2011-30/12/2011 | REGISTRADORA | EJECUTADO | $850.000.00 |
| 1640-2012 | 14/03/2012-30/04/2012 | GESTORA SALUD A SU CASA | EJECUTADO | $1.410.000.00 |
| 2006-2012 | 02/05/2012-31/07/2012 | GESTORA SALUD A SU CASA | EJECUTADO | $2.700.000.00 |
| 2896-2012 | 01/08/2012-31/08/2012 | GESTORA SALUD A SU CASA | EJECUTADO | $1.050.000.00 |
| 3186-2012 | 01/09/2012-30/11/2012 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $3.150.000.00 |
| 3186-2012 | 01/12/2012-03/12/2012 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $141.488.00 |
| 3186-2012 | 04/12/2012-31/12/2012 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.273.389.00 |
| 0712-2013 | 02/01/2013-28/02/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $4.042.500.00 |
| 0712-2013 | 01/03/2013-30/04/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.686.054.00 |
| 0712-2013 | 01/05/2013-31/05/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.449.400.00 |
| 1701-2013 | 01/06/2013-30/06/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.449.400.00 |
| 1701-2013 | 01/07/2013-15/08/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $2.174.100.00 |
| 1701-2013 | 16/08/2013-31/08/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $724.700.00 |
| 2605-2013 | 04/09/2013-30/09/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.449.400.00 |
| 2605-2013 | 01/10/2013-31/10/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 2605-2013 | 01/11/2013-30/11/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 2605-2013 | 01/12/2013-26/12/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.150.000.00 |
| 2605-2013 | 27/12/2013-31/12/2013 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $350.000.00 |
| 2605-2013 | 01/01/2014-31/01/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 2605-2013 | 01/02/2014-28/02/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 2605-2013 | 01/03/2014-30/04/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $3.000.000.00 |
| 2605-2013 | 01/05/2014-31/05/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 2605-2013 | 01/06/2014-30/06/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 2605-2013 | 01/07/2014-31/07/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 2605-2013 | 01/08/2014-31/08/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 2605-2013 | 01/09/2014-15/09/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $750.000.00 |
| 2605-2013 | 16/09/2014-30/09/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $750.000.00 |
| 2605-2013 | 01/10/2014-07/10/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $350.000.00 |
| 1204-2014 | 08/10/2014-31/10/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.150.000.00 |
| 1204-2014 | 01/11/2014-15/11/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $750.000.00 |
| 1204-2014 | 24/11/2014-30/11/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $750.000.00 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1204-2014 | 01/12/2014-31/12/2014 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 0375-2015 | 01/01/2015-31/01/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 0375-2015 | 01/02/2015-28/02/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.500.000.00 |
| 0375-2015 | 01/03/2015-31/03/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.303.272.00 |
| 0375-2015 | 01/04/2015-30/04/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.355.172.00 |
| 0375-2015 | 01/05/2015-31/05/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.398.536.00 |
| 0375-2015 | 01/06/2015-30/06/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.554.900.00 |
| 0375-2015 | 01/07/2015-31/07/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $971.784.00 |
| 0375-2015 | 01/08/2015-31/08/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.339.411.00 |
| 0375-2015 | 01/09/2015-30/09/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.386.988.00 |
| 0375-2015 | 01/10/2015-31/10/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EJECUTADO | $1.264.451.00 |
| 0375-2015 | 01/11/2015-30/11/2015 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | EN EJECUCION | $1.554.900.00 |

PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de orden de prestación de servicios regulada por el manual de contratación del Hospital de Usme I Nivel ESE y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la entidad.

La anterior se expide a solicitud de la interesada a los (10) días del mes de noviembre de 2015.

Cordialmente;

**LIDIA MAYORGA LANCHEROS**
Coordinadora Oficina de Contratación

Elaboró:Alix Téllez

Para verificar la validez de este documento favor comunicarse al teléfono 766 06 66 Ext. 1005.
Código de Verificación: **RNXBB0915**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.974.950**

**CARDENAS FONSECA**

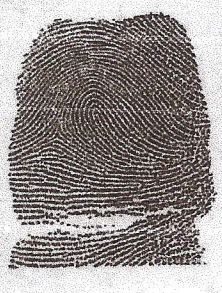
APELLIDOS

**PAOLA ANDREA**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-FEB-1992**

**CAJAMARCA**
**(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.59** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**01-MAR-2010 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00241669-F-1022974950-20100617 **0022**306622A 2 34145047

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

**001**

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14259445741

(415)7707212489984(8020) 000001425944574 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1022974950 | 2 | Impuestos de Bogotá 32 | |

## 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 13 | 1022974950 | 2010 03 01 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Bogotá D.C. 11 | Bogotá, D.C. 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARDENAS | FONSECA | PAOLA | ANDREA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bogotá D.C. 11 | Bogotá, D.C. 001 |

41. Dirección: CL 81 SUR 1 G ESTE 29 BRR YOMASA

| 42. Correo electrónico: | 43. Apartado aéreo | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| p.a.c.2@hotmail.com | | 3212266290 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: | 1 | 2 |
| 8692 | 20111108 | | | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

## Responsabilidades

53. Código:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

## Usuarios aduaneros

54. Código:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

## Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 3

61. Fecha: 2013 09 20

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Paola Cárdenas

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: URIBE VARGAS JANNETH

985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-09-2013 08:43:38AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

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

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 27-02-2014
Hora: 11:38:31 AM


**CONTRIBUYENTE** NIT 1022974950-2 PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA

**Información**

*Dirección* CL 81 SUR 1 G ESTE 29

*Teléfonos* 3212266290

*Dirección electrónica* P.A.C.2@HOTMAIL.COM

*Fax*

**Información de**

*Fecha Inscripción* 03/03/2012

*Soporte Inscripción* 14139459

*Fecha Inicio Actividades* 28/10/2011

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* 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:*

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ HUMANA

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

**CERTIFICADO DE INSCRIPCION**

PAOLA ANDREA
CARDENAS FONSECA
C.C. 1022974950

**AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Expedicion 11/11/2011

Identificacion Plastica S.A.

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 10634 de 05/10/2011*

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C*

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA 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) CARDENAS FONSECA PAOLA ANDREA Identificado(a) con CC número 1022974950 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 08/07/2011.
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 CARDENAS FONSECA PAOLA ANDREA identificado(a) con CC número 1022974950 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

**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 05/10/2011

ORIGINAL FIRMADO POR
BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI

**BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI**
Directora de Desarrollo de Servicios (E).
Reviso : Yudy Rodriguez
Elaboro : Victor Sánchez

Bogotá, D.C 20 octubre 2011
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Paola A Cardenas F
CC. # 1.022.974.950
Firma

## ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1022974950

Primer Nombre *

paola

Primer Apellido *

cardenas

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

### Resultado General

| *Tipo Identificación* | *Nro. Identificación* | *Primer Nombre* | *Segundo Nombre* | *Primer Apellido* | *Segundo Apellido* | *Detalles* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1022974950 | PAOLA | ANDREA | CARDENAS | FONSECA | Ver |

### Información Detallada [CC: 1022974950] PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA

#### Información Académica

| *Tipo Programa* | *Origen Obtención Título* | *Profesión u Ocupación* | *Fecha desde que puede ejercer* | *Entidad Reportadora* |
|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2011/10/05 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

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

Cortesía de
BIOTOSCANA S.A.
SU ÁNGEL PROTECTOR EN SALUD

# CARNET DE VACUNACION



| | |
|---|---|
| Nombre | PAOLA Cardenas |
| Dirección: | |
| Teléfono: | |
| H.C. | 9202259958 |
| Entidad Vacunadora | Capresulo EPL |

| HEPATITIS B HEPAVAX-GENE® | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a. | 28-02-10 | 04Y004 | |
| | 2a. | 25-03-10 | 04Y103 | |
| | 3a. | 03-05-10 | 04S028 | |
| | R3 | 25-02-11 | 04Y042 | |

| INFLUENZA AGRIPPAL® S1 | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1. | | | |

| VARICELA VARICELLA VACCINE GCVC® | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1. | | | |

| HEPATITIS A EPAXAL® | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1. | | | |

| TRIPLE VIRAL MORUPAR® | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1. | | | |

| OTRAS | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

# SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **23/01/2019 13:22:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 1022974950**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | (X) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Aplazado | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto con restricciones | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para participar en la brigada | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ( ) | ( ) |
| Requiere restricciones de actividades | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral temporal | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral permanente | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ( ) | ( ) |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ( ) | ( ) |
| Enfermedad Común | ( ) | ( ) |

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI ( ) | NO (X) | ARL | SI ( ) | NO (X) | EPS | SI ( ) | NO (X) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR
CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Paola Cardenas

Trabajador: PAOLA ANDREA CARDENAS
CC 1022974950
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



Scanned by CamScanner

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
USO ADECUADO DE EPP SEGÚN ÁREA DE TRABAJO
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR E HIDRATACION
ALIMENTACION BALANCEADA.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Paola Cardenas

Trabajador: PAOLA ANDREA CARDENAS
CC 1022974950
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica



Scanned by CamScanner

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

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

| FECHA: | 22 01 19 | CIUDAD: | Bogotá | DEPARTAMENTO: | Bogotá |
|---|---|---|---|---|---|

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

**1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Cardenas | Fonseca | Paola | Andrea |

| TIPO DE IDENTIFICACION | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ | 1022979950 | Bogotá D.C | 01-03-2010 |
| PASAPORTE ☐ OTRO ☐ | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐ | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 29-02-92 | Cajamarca Tolima | Colombia | Colombiana |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ | 1 | 1 | 321 226 6290 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | TECNOLOGO ☐ | BACHILLER ☐ | OTRO ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☒ | CUAL: Auxiliar Enfermeria |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| | Bogotá | Bogotá | Colombia | |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| andrea.subredcentro oriente@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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

**3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:**

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

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI ☐ NO ☒ | IVA | SI ☐ | NO ☒ | | | |
| | | ICA | SI ☒ | NO ☐ | | PRINCIPAL: ☒ | SECUNDARIA: ☐ |

| GRAN CONTRIBUYENTE | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | | SI ☐ NO ☒ | | 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 | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | Subred integrado de salud Centro Oriente |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO ☐ | SERVICIOS ☐ | JD ☐ | # NIT | 900496051-7 |
|---|---|---|---|---|---|

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

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Dg 34 S 43 | 3444484 | Bogotá | Bogotá | Colombia |
| **CARGO ACTUAL** | Auxiliar de Enfermeria. | **FECHA VINCULACION** | | |

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

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

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | | GASTOS FAMILIARES | 500.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | 1.550.000 | ARRIENDOS | 500.000 | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | 100.000 | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | 1.550.000 | TOTAL EGRESOS | 1.100.000 | 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 |
|---|---|---|---|
| Ramirez | Fajardo | Martha | Juliano |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| Kr 5 este 91 46 sur | Bogotá/Cundinamarca | Amiga | 3107573192 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA** (cuenta de ahorros)

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| Davivienda | Ahorro | 00487055 9926 | 20 de Julio | 3383838 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
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 aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

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

Digite su profesión: Auxiliar de enfermeria.

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 destinaran a actividades licitas.
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.

## 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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, 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 artículo 2 de la Ley1581 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 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 comercials, 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, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

**Declaro expresamente:**
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 trámite 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 técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información 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 -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas 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, compañías 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 estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 Título I de la Circular Básica Jurídica 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.

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 previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion 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.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA 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

Paola Andrea Cárdenas

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: | | |

## CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA identificado con CC 1022974950 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

**Fecha de Activación de Servicios:** **20/03/2012**

**IPS Cotizante:** **UNION TEMPORAL ANDAR PLUS - ANDAR ALQUERIA**

**Categoría:** **A**

**Estado:** **ACTIVO**

| Beneficiarios | Identificación | IPS | Tipo Afiliado | Inicio Vig. | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| HIJO DE PAOLA CARDENAS FONSECA | ME 13605443 | UNION TEMPORAL ANDAR PLUS - ANDAR ALQUERIA | BENEFICIARIO | 25/07/2016 | ACTIVO |
| ANA MARIA FONSECA BONILLA | CC 28947398 | | BENEFICIARIO | 21/06/2013 | CANCELADO |

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 21 días del mes de Enero del año 2019.

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

**Observaciones:**

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**
**Nueva EPS S.A**

# Protección

**Fondo de Cesantías Protección**

**NIT 800.170.494**

**Hace constar que:**

El(La) Señor(a) **PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA** identificado(a) con **CC** número **1.022.974.950** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 15 de febrero de 2016.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de Enero de 2019.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018060112082

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

| | |
|---|---|
| 1023916015<br>Numero de Documento | Bolivar<br>ARL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Kelly<br>Primer Nombre | Johanna<br>Segundo Nombre | Guzmán<br>Primer Apellido | Tinoco<br>Segundo Apellido |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 05/04/1992<br>F. Nacimiento dd/mm/aa | Bogotá<br>Ciudad de Nacimiento | DG 64 B 15 A sur 19 A 36<br>Dirección de Residencia | <br>Teléfono Fijo |

| | | |
|---|---|---|
| Salud total<br>EPS - Salud | Porvenir<br>AFP - Pensiones | $ 1'550.000<br>Honorarios |

| | |
|---|---|
| Auxiliar de enfermería<br>Objeto Contractual (Cargo) | <br>Fécha Inicio del Contrato |

Escriba su perfil técnico o profesional

| | |
|---|---|
| Kellygsubredcentrooriente@gmail.com<br>Correo Electrónico | 3203671582<br>Celular |

| | |
|---|---|
| Kelly Guzmán.<br>Firma del Afliado | <br>Firma y Nombre Supervisor del Contrato |

C.C. _____

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 121026246

WEB
20:54:28


Bogotá DC, 21 de enero del 2019

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) PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA Identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022974950:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de enero de 2019, a las 21:10:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1022974950 |
| Código de Verificación | 1022974950190121211015 |

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.

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2712770**

**Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 21:03 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) **PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA** de BOGOTA D.C.

**1022974950**

**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.

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 21:18:23 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1022974950**

Apellidos y Nombres: **CARDENAS FONSECA PAOLA ANDREA**

**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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia 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.
5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910
112
Requerimientos ciudadanos
24 horas
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**ABEJORRAL,** **23/01/2019**
**ANTIOQUIA,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1022974950**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| N#mero | **0570004870359926** |
| Saldo a la fecha | **2,775.70 Pesos** |
| Fecha de apertura | **12/12/2011** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA