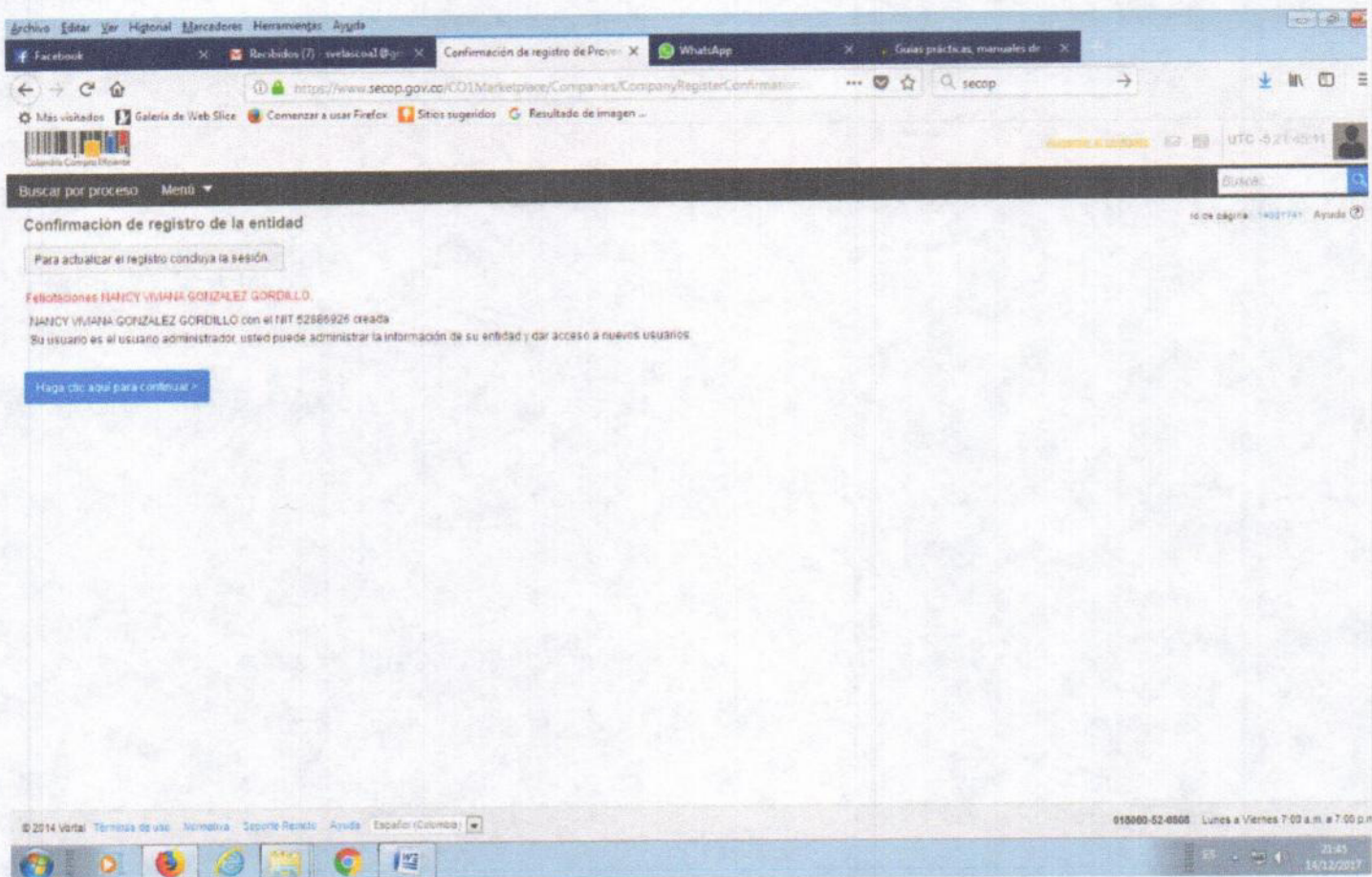






Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Gonzalez</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Gordillo</u>	NOMBRES <u>Nancy Viviana</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>52.886.926</u>		SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO <u> </u> D.M. <u> </u>	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>06</u> MES <u>07</u> AÑO <u>1982</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Condinamarca</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Calle 76 F 85 # 702-69</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Condinamarca</u> TELÉFONO <u>3134268499</u> EMAIL <u>Nvivanag825@gmail</u>	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	AÑO	
											<u>12</u>	<u>1998</u>	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TC	3	X		Técnica Auxiliar de Enfermería	07	2011	52-886-926

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

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

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 Subred Centro Oriente E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Condinamarca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3 44 44 84	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 05 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Téc Auxiliar Enfermera	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Dg 34 5 - 43	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Cristobal	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO Bogota	MUNICIPIO Condinamarca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2 09 74 80	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 12 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 07 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Téc Auxiliar Enfermera	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Cl 20 sur 8A - 22	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Fontibón ESE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogota	MUNICIPIO Condinamarca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 486 00 33	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 03 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 03 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Téc Auxiliar Enfermera	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Kr 99 cl 76j - 47	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

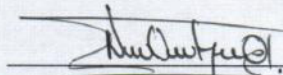
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	6	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha _____ NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS _____



Departamento
Administrativo
de la Función
Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

II. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Nancy Viviana Gonzalez Gardillo

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 52-886-926

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá

DIRECCIÓN Calle 76 # Bis 702-69

TÉLEFONOS 313 42 8499

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
<u>Leonor Ivonne Gardillo Alba</u>	<u>57.650.068</u>	<u>Madre</u>
<u>Maria Fernanda Chavez Gonzalez</u>	<u>7.025.532.487</u>	<u>Hija</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐, PARA RETIRARME ☐, PARA ACTUALIZACIÓN ☒, PARA MODIFICAR ☐, 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	<u>13.500.000</u>
TOTAL	<u>13.500.000</u>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Daviavenda</u>	<u>Ahorros</u>	<u>00738074071-7</u>	<u>Fontriban</u>	<u>0.</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

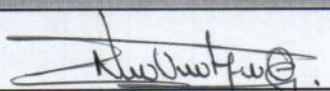
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Cesar Ivan Chavez Torres	C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐	80-227-745

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

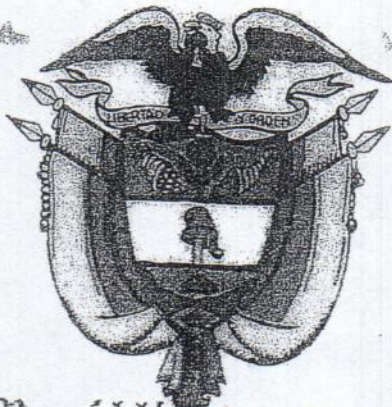
3. FIRMA



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá. 26 Marzo 2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Colegio Pío XII

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

Confiere A:

Nancy Viviana González Gordillo

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

El Título de:

Bachiller Técnico Comercial

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

Rector

Secretaria



Martha Lucio Hernández U.

Martha Lucio Hernández U.



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS
"FORMATES"

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 900.071.364-4 Acuerdos 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 de enero del 2011,
0102 del 16 de junio del 2011 del Ministerio de protección Social, Resoluciones 110321 del 3 de diciembre de 2010,
110155 del 11 de julio de 2011 emitidas por la Secretaría de Educación Localidad 11 de Suba.

Confiere a:

Nancy Viviana González Gordillo

IDENTIFICADO (A) CON C.C No. 52.886.926 DE BOGOTÁ

El

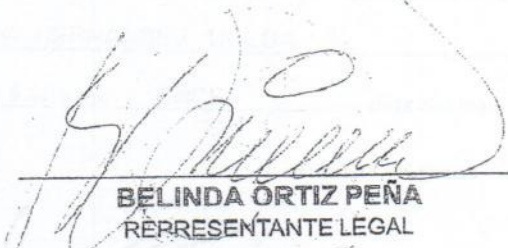
Certificado de Aptitud Ocupacional por
Competencias Técnico Laboral en:

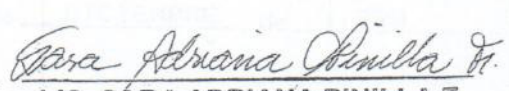
AUXILIAR EN ENFERMERIA

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente.

Intensidad 1609 Horas




BELINDA ORTIZ PEÑA
REPRESENTANTE LEGAL


LIC. SARA ADRIANA PINILLA F
DIRECTORA ACADÉMICA

DIPLOMA No. _____



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Colegio Pío XII

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

Confiere A:

Nancy Viviana González Gordillo

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

El Título de:

Bachiller Técnico Comercial

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

Rector

Secretaria



Martha Lucio Hernández U.

Martha Lucio Hernández U.



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS
"FORMATES"

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 900.071.364-4 Acuerdos 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 de enero del 2011,
0102 del 16 de junio del 2011 del Ministerio de protección Social, Resoluciones 110321 del 3 de diciembre de 2010,
110155 del 11 de julio de 2011 emitidas por la Secretaría de Educación Localidad 11 de Suba.

Confiere a:

Nancy Viviana González Gordillo

IDENTIFICADO (A) CON C.C No. 52.886.926 DE BOGOTÁ

El

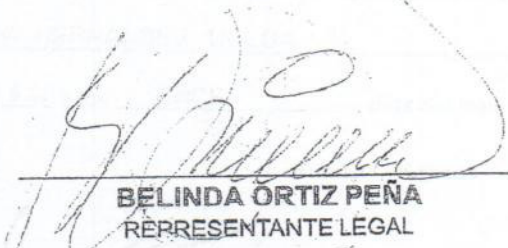
Certificado de Aptitud Ocupacional por
Competencias Técnico Laboral en:

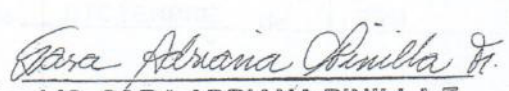
AUXILIAR EN ENFERMERIA

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente.

Intensidad 1609 Horas




BELINDA ORTIZ PEÑA
REPRESENTANTE LEGAL


LIC. SARA ADRIANA PINILLA F
DIRECTORA ACADÉMICA

DIPLOMA No. _____



BOMBEROS VOLUNTARIOS FACATATIVA

Otorga el presente certificado a

NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO

QUIEN PARTICIPO COMO

BOMBERO POR UN DIA

[Duración 10 horas]

Realizado en Facatativa, Cundinamarca, Colombia, 11 de abril de 2011

CAPTAN. RODRIGUEZ SANCHEZ JORGE ENRIQUE
COMANDANTE CUERPO DE BOMBEROS
VOLUNTARIOS FACATATIVA



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

Certifica que:

Nancy González
C.C. 52886926

Aprobó el curso de formación virtual sobre

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC
Módulo Ámbito Familiar

Con una intensidad: 50 horas

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

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

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS Y LA RED DISTRITAL DE SANGRE Y TERAPIA CELULAR

Certifican que:

Nancy Viviana González Gordillo

Participó en el “*Primer Encuentro Distrital de Promoción de la Donación de*

Sangre” realizado en la ciudad de Bogotá el día 18 de septiembre del año 2017.

CONSUELO PEÑA APONTE

Directora de Provisión de Servicios



RED DISTRITAL DE SANGRE

ALFREDO ZULUAGA MONTERO

Coordinador Red Distrital de Sangre y Terapia Celular

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Formaciones Técnicas FORMATES
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

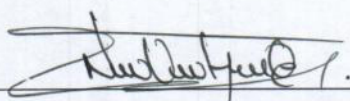
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Tecnico laboral Auxiliar de Enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 52-886-926

Tarjeta profesional No: 52-886-926

Dirección de contacto: Calle 76 F BIS # 702-69

Teléfono: 3134268999

LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

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

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

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

OBLIGACIONES: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el termino establecido. 7- Dar aplicacion a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestion adoptados por la ESE Sa Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la informacion institucional confidencial que conozca por causa o con ocasion del contrato, asi como respetar la titulaion de los derechos de autor, en relacion con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecucion del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Etica y Buen Gobierno de la ESE San Cristobal en la ejecucion del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningun software sin la autorizacion previa y escrita de la oficina de Planeacion y Sistemas de la ESE San Cristobal. Asi mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporcion al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (físicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (artículo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecucion del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoria, esta se deriva de la revision de glosa de 2010 del FFD

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

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

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



GP-CER385677



CD-SC-CER385665



SC-CER-385666



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

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



NIT. 800216538-0

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el término establecido. 7- Dar aplicación a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestión adoptados por la ESE Sa Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la información institucional confidencial que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Ética y Buen Gobierno de la ESE San Cristóbal en la ejecución del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningún software sin la autorización previa y escrita de la oficina de Planeación y Sistemas de la ESE San Cristóbal. Así mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (físicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (artículo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoría, esta se deriva de la revisión de glosa de 2010 del FFD

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

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

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el término establecido. 7- Dar aplicación a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestión adoptados por la ESE Sa Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la información institucional confidencial que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Ética y Buen Gobierno de la ESE San Cristóbal en la ejecución del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningún software sin la autorización previa y escrita de la oficina de Planeación y Sistemas de la ESE San Cristóbal. Así mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (físicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (artículo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoría, esta se deriva de la revisión de glosa de 2010 del FFD

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

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

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



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

GP-CER385677

CO-SC-CER385668

SC-CER 385668

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



NIT. 800216538-0

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el término establecido. 7- Dar aplicación a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestión adoptados por la ESE Sa Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la información institucional confidencial que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Ética y Buen Gobierno de la ESE San Cristóbal en la ejecución del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningún software sin la autorización previa y escrita de la oficina de Planeación y Sistemas de la ESE San Cristóbal. Así mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (físicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (artículo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoría, esta se deriva de la revisión de glosa de 2010 del FFD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



GP-CER385677



CO-SC-CER385696



SC-CER-385666



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

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



NIT. 800216538-0

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

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

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

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

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

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

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

Cordialmente,

Virmary Angela Ortiz Herrera
Jefe Asesora Oficina Jurídica

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



GP-CER385677



CD-SC-CER385666



SC-CER-385666



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Fontibón



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20142400026721

Fecha: 05-05-2014

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

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

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

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

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

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

www.hospitalfontibon.gov.co



HOSPITAL FONTIBÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANA

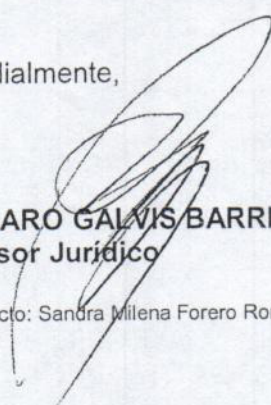


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Fontibón

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

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

Cordialmente,


ALVARO GALVIS BARRIOS
Asesor Jurídico

Proyecto: Sandra Milena Forero Romero – Apoyo Oficina Jurídica

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

www.hospitalfontibon.gov.co



HOSPITAL FONTIBÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

BOGOTÁ
HUMANANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
52886926

GONZALEZ GORDILLO
APELLIDOS

NANCY VIVIANA
NOMBRES

Nancy Gonzalez

FIRMA



INDICE DERECHO

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

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

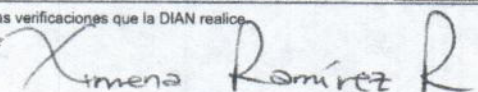
24-JUL-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500117-42084692-F-0052886926-20001021

01167 00294A 02 093122680

 DIAN <small>Departamento de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		 MUNISCA <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>		001	
2. Concepto <input type="text" value="02"/> Actualización Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario 14392647455			
				 (415)7707212489984(8020) 000001439264745 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 8 8 6 9 2 6 - 6		6. DV 6		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico <input type="text" value="32"/>	
IDENTIFICACION							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida <input type="text" value="2"/>		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía <input type="text" value="13"/>		26. Número de identificación: 5 2 8 8 6 9 2 6 - 6		27. Fecha expedición: 2 0 0 0 0 7 2 4	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: <input type="text" value="169"/>		29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. <input type="text" value="001"/>	
31. Primer apellido GONZALEZ		32. Segundo apellido GORDILLO		33. Primer nombre NANCY		34. Otros nombres VIVIANA	
35. Razón social:							
36. Nombre comercial:							
37. Sigla:							
UBICACION							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Dirección principal CL 16 F BIS 102 69 P 1	
42. Correo electrónico: vivianag825@gmail.com		43. Código postal: <input type="text" value="11134268499"/>		44. Teléfono 1: <input type="text" value="3134268499"/>		45. Teléfono 2: <input type="text" value=""/>	
CLASIFICACION							
Actividad principal		Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código: 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 1 0 3 1 5		48. Código: <input type="text" value=""/>		49. Fecha inicio actividad: <input type="text" value=""/>	
50. Código: <input type="text" value="1"/>		51. Código: <input type="text" value=""/>		52. Código: <input type="text" value=""/>		53. Código: <input type="text" value="20"/>	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código: 2 0							
20- Obtención NIT							
Obligados aduaneros				Exportadores			
54. Código: <input type="text" value="11"/>				55. Forma: <input type="text" value=""/>			
56. Tipo: <input type="text" value=""/>				57. Modo: <input type="text" value=""/>			
58. CPC: <input type="text" value=""/>				59. CPC: <input type="text" value=""/>			
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 ☒		60. No. de Folios: <input type="text" value="0"/>		61. Fecha: 2 0 1 6 1 0 1 2			
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice Firma autorizada:  984. Nombre: RAMIREZ RANGEL XIMENA DEL PILAR 985. Cargo: Gestor I			

CONTRIBUYENTE NIT 52886926-6 NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO

Información General

Dirección CL 16 F BIS 102 9 P 1

Teléfonos 3134268499

Dirección electrónica vivianag825@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/08/2014

Soporte Inscripción 16278325

Fecha Inicio Actividades 15/03/2011

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001238176

Fuente ICA TE TOCA

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

**NANCY VIVIANA
GONZALEZ GORDILLO**

C.C. 52886926

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 09/11/2011

Identificación Plástica 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 10195 de 29/09/2011
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) GONZALEZ GORDILLO NANCY VIVIANA Identificado(a) con CC número 52886926 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS FORMATES. el día 23/07/2011.

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 GONZALEZ GORDILLO NANCY VIVIANA identificado(a) con CC número 52886926 expedida en SANTAFE DE BTA 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 29/09/2011

BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI

Directora de Desarrollo de Servicios (E).

Revisó : Yudy Rodríguez

Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. _____
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____
CC. # _____

Firma

Carrera 32 N° 12-81 Tel: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co Información Línea: 195

BOG
BOGOTÁ
POSITIVA

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 *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

52886926

Primer Nombre *

nancy

Primer Apellido *

gonzalez

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52886926	NANCY	VIVIANA	GONZALEZ	GORDILLO	Ver

Información Detallada [CC: 52886926] NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2011/9/29	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).



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Viviana
Apellidos: Gonzalez Bordinilo
Documento de identidad: No. 52886976
Fecha de Nacimiento: 17/08/2

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

CONSERVELO

AHBVC353AE
06-2013
05-2016

Engerix™-B

444680

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	21-08-05		
Toxóide Tetánico Difterico Td	1	10/10/18-06		
	2	Agosto 18-06		
	3	Febrero 7-07		
	4	Septiembre 26-07		
	5	Diciembre 02-07		
Contra Hepatitis B	1	12 Dic. 2011		
	2	13-03-15	AHBVC344 ACI-0616	
	3	26/04/17	0330206006	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Única	21/08/05		
Contra Influenza	Única	25/05/17		
Otras				



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

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

Nit: 830.015.894-4

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



Nro. 11608

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

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

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

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

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

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

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

Firma Trabajador

C.C. No 52886926

Carrera 21 100-00/06 Sur

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

Fax: 239 0086

umedltda@gmail.com

www.umedips.com

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

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

FECHA:	2018-06-01	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
--------	------------	---------	--------	---------------	--------------

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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			
GONZALEZ		GORDILLO		NANCY		VIVIANA			
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)			FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐	52886926	
PASAPORTE			OTRO		ES RESIDENTE EN COLOMBIA?			SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:			
1982-07-06		BOGOTA		COLOMBIA		COLOMBIANA			
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☐ CASADO ☒ DIVORCIADO(A) ☐ EN LIBRE ☐				2		1		3134268499	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIO ☐ SECUNDARIO ☒ TECNICO ☐ TECNICO EN ☐ TECNICO EN ☐ OTRO ☐								CUAL: <input type="text"/>	

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIO ☐ SECUNDARIO ☒ TECNICO ☐ TECNICO EN ☐ TECNICO EN ☐ OTRO ☐				CUAL: <input type="text"/>		AUXILIAR DE ENFERMERIA	
---	--	--	--	----------------------------	--	------------------------	--

DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA	
CALLE 16F BIS 102 69		BOGOTA		CINDINAMARCA		COLOMBIANA			
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA			
vivanag825@gmail.com						PROPIA ☐		FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX	

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
CHAVEZ		TORRES		CESAR		IVAN		
TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐	80221145
PASAPORTE			OTRO		CUAL: <input type="text"/>			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐
								NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		SI ☐ IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS C 11 U ACTIVIDAD ECONOMICA	
DECLARA RENTA		NO ☒ ICA	SI ☒ NO ☐	8692 <input type="text"/>	
				PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR	
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE ESE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	VICIOS ☐	UD ☒	# NIT
					900959051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	NOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: ☒				
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
DG 34 5 43		3444484		BOGOTA	CUNDINAMARCA
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION	2018-05-07

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	\$ 250.000	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 1.500.000	ARRIENDOS	\$ 550.000	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 1.500.000	TOTAL EGRESOS	\$ 800.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CAMACHO	CAPADOR	NYDIA	JOHANNA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
KR 12 ESTE 42 15SUR	BOGOTA	COLEGAS	3212782867

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHOROS	00738074071-7	FONTIBON	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:					CUAL:
IMPORT ☐	EXPORTA ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	TRA ☐

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.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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 CONTRA PARTE PERSONA NATURAL

CÓDIGO ET-CA-FT-011

VERSIÓN 02

FECHA 2017-08-22

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

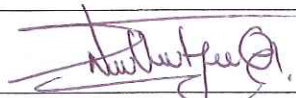
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización.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

9. 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 ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



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:		



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

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO identificado(a) con cedula ciudadania 52.886.926 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20180518	No Registrada	380

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
CESAR IVAN CHAVEZ TORRES	CP	80221145	CC	20180518	0	Activo	256
MARIA FERNANDA CHAVEZ GONZALEZ	HI	1025532487	TI	20180518	0	Activo	286

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 1 días del mes de Junio de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
VIVIANA

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
9656604

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52886926**, se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/06/2012	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de mayo de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52886926

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

NANCY

Primer Nombre

VIVIANA

Segundo Nombre

GONZALEZ

Primer Apellido

GORDILLO

Segundo Apellido

06/07/1982

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA DC | CL 16F BIS 102 69

Ciudad de Nacimiento

Dirección de Residencia

3673348

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

COLPENSIONES

AFP - Pensiones

1500000

Honorarios

TECNICO AUXILIAR

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

vivianag825@gmail.com

Correo Electrónico

3134268499

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110469775



WEB

11:04:18

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 31 de mayo del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52886926:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA 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 jueves 31 de mayo de 2018, a las 11:06:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52886926
Código de Verificación	52886926180531110623

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.



NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 31 de Mayo de 2018 - 11:15 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS** de BOGOTÁ DC.

52886926

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **5_PBK5_1511**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 22:46:30 horas del 31/05/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52886926**

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

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA.

2018/03/24

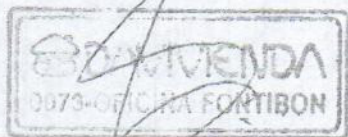
Por medio de la presente hacemos constar que la señora. **NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO**
con Cédula de Ciudadanía número **52886926**
de **BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL**
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 007380740717

Fecha Apertura 2012/03/29

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA