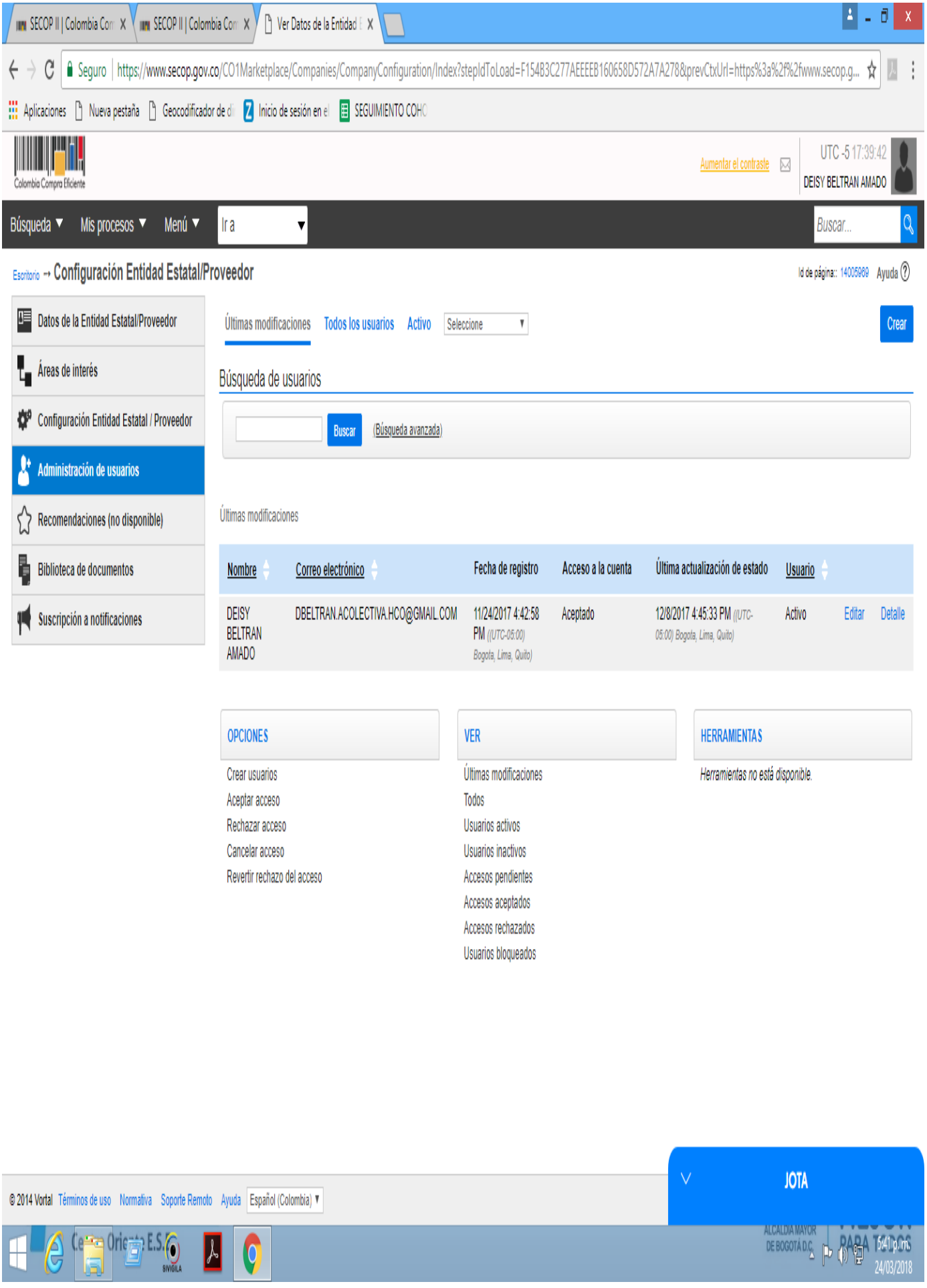



SECOP II | Colombia Com
SECOP II | Colombia Com
Ver Datos de la Entidad E
Seguro
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.g...
Aplicaciones
Nueva pestaña
Geocodificador de di
Inicio de sesión en el
SEGUIMIENTO COHC
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 17:39:42
DEISY BELTRAN AMADO
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005989
Ayuda
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
DEISY BELTRAN AMADO
DBELTRAN.ACOLECTIVA.HCO@GMAIL.COM
11/24/2017 4:42:58 PM ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
Aceptado
12/8/2017 4:45:33 PM ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
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
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
5:41 p.m.
24/03/2018

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: 21-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BELTRAN	AMADO	DEISY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 24041855

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 4 MES SEP AÑO 1975

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Santana

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 48 176 58

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7014727

EMAIL dbeltran.acolectiva.hco@gmail.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 ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES MARZO AÑO 1995
										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*
TL	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	2018	24041855

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: 22-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTROORIENTTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	paisubredcentrooriente@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 5 MES 9 AÑO 2016	DIA 21 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA PIC	KR 12D 26A 62 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E HOSPITAL CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerencia@esecentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 4 MES 7 AÑO 2013	DIA 15 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA PIC	CL 1D 5A 30

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E. HOSPITAL USAQUEN	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerencia@hspitalusaquen.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6583030	DIA 4 MES 5 AÑO 2011	DIA 28 MES 2 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA PIC	KR 6A 119B 14

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: 21-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOME SALUD		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	homesalud@homesalud.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2360221	DIA 4 MES 7 AÑO 2008	DIA 4 MES 1 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	EVENTOS MASIVOS	KR 21 87 58

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E CENTRO SALUD SANTANA BOYACA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Boyacá	Santana	ese.santanaboyaca@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7289240	DIA 1 MES 1 AÑO 2003	DIA 31 MES 7 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	URGENCIAS	CL 1 4 45

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA MUNICIPAL SANTANA BOYACA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Boyacá	Santana	contactenos@santana-boyaca.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7289026	DIA 10 MES 8 AÑO 1998	DIA 23 MES 1 AÑO 2002

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE NFERMERIA	CENTRO SALUD SANTANA BOYACA	CL 1 4 45

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	13	4
PRIVADO	2	6

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: 21-ene-2019

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	15	10

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).

Bogotá, 21-01-2019

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Jeny Beltran Amado

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

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

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DEISY BELTRAN AMADO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 24041855 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección KR 48 176 58 **Teléfonos** 3165676849 7014727

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GINA PAOLA ALCANTAR BELTRA N	1019067226	HIJO(A)
MARIA JOSE VARGAS BELTRAN	102600605	HIJO(A)
ALEJANDRO VARGAS BELTRAN	1057514100	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	$ 18.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.000.000,00

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
BANCO BBVA	AHORROS	074104167	BOGOTA LAS AGUAS	$ 50.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	CL 137 88 76 IN 2 AP 158	$ 50.000.000,00
LOTE	VEREDA SAN EMIGDIO SANTANA BOY	$ 5.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-ene-2019

BANCO BBVA	CREDITO	$ 6.700.000,00
BANCO BBVA	CREDITO	$ 8.600.000,00
BANCO BBVA	TARJETA DE CREDITO	$ 2.800.000,00

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	NÚMERO DOCUMENTO
SAMUEL ANTONIO VARGAS DAZA	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	79657259

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

Deisy Beltran Amado

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

Ministerio de Salud
Secretaría de Salud de Santander

Escuela de Auxiliares de Enfermería

Educación no formal
Resolución No. 1149/69 de la
Secretaría de Educación Departamental

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONCEDIDO A :

DEISY BELTRAN AMADO

C. C. 24.041.855 Santana (Boyacá)

Por haber cursado y aprobado el programa de Estudios teórico - práctico durante 2040 horas establecidas por el Ministerio de Salud, que lo capacita para ejercer como

Auxiliar de Enfermería

Aprobado por Resolución No. 8522 del 27 de Junio de 1984 del Ministerio de Salud

Directora de la Escuela

Secretario de Salud Departamental

Anotado al Folio No. 136 *del Libro No.* 03 *de Certificados*

Bucaramanga, Febrero 25 *de 1998*

REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

ICFES

Teniendo en cuenta que:

Deisy Beltrán Amado

Identificado con C.C. 24.041.855 y número de Registro SNP VG2910259796 presentó y aprobó ante el Servicio Nacional de Pruebas el Examen de Validación del Bachillerato Académico, realizado el 5 de Noviembre de 1994, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2225 de 1993

Le confiere el Título de

Bachiller Académico

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 30 de Marzo de 1995

DIRECTOR ICFES

SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

ICFES INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

RESOLUCION No. 772
DEL 30 DE MARZO DE 1995

Por la cual se otorgan unos títulos de Bachiller

EL DIRECTOR del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, y

CONSIDERANDO:

QUE DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2225 DE NOVIEMBRE DE 1983, EXPEDIDO POR EL GOBIERNO NACIONAL, EL SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS DEL ICFES REALIZO EXAMENES PARA LA VALIDACION DEL BACHILLERATO EN CIENCIAS O ACADÉMICO EN UN SOLO EXAMEN, DURANTE LOS DIAS

5 Y 6 DE NOVIEMBRE DE 1994

Que de acuerdo con las citadas normas corresponde al ICFES expedir el título respectivo a quienes aprobaron los exámenes de validación señalados en el considerando anterior.

RESUELVE:

ARTICULO 1o - Otorgar el título de BACHILLER a las personas que se señalan a continuación y quienes aprobaron los exámenes de validación del Bachillerato en Ciencias o Académico en un solo examen.

NOMBRE	IDENTIFICACION	REGISTRO SNP
BELTRAN AMADO DEISY	24041855	VS294 3259796

ARTICULO 2o - La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

(Fdo.) JAIME NINO DIEZ
Director ICFES

(Fdo.) BLANCA OTALORA DE TELCH
Subdirector Servicio Nacional de Pruebas

(Fdo.) PATRICIA LINARES PRIETO
Secretario General

NO REQUIERE REGISTRO - DECRETO NUMERO 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994

Es copia auténtica en su parte pertinente del original que reposa en los archivos del ICFES

SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS.

0119349

8169463

ACTA DE CERTIFICACION

LA SUSCRITA DIRECTORA DE LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE BUCARAMANGA, CERTIFICA: que en el libro de Actas de Certificación de la escuela, figura la siguiente ACTA DE CERTIFICACION No. *0140* En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia, a los *VEINTICINCO* dias del mes de *FEBRERO* de mil novecientos *NOVENTA Y OCHO (1998)* se reunió la Directora, Coordinadora y Secretaria de la Escuela de Auxiliares de Enfermería. Presidió la sesión *MARIA EDY ARIAS DELGADO* Directora de la Escuela de Auxiliares de Enfermería y obró como secretaria *OLGA SAENZ MENDIVELSO* , considerando que *DEISY BELTRAN AMADO* con cédula de ciudadanía número *24.841.855* expedida en *SAN IANA-BOYACA* y libreta militar número expedida por Cumplió y aprobó el programa de estudios teórico - prácticos, establecidos por el Ministerio de Salud según resolución número 8522 del 27 de junio de 1984, que lo capacitan para el ejercicio del cargo, le otorga el título de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Bajo juramento, el graduando promete cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

La Directora, (Fdo) *MARIA EDY ARIAS DELGADO*

La Coordinadora, (Fdo) *OLGA ELISA ARENAS DE ZARATE*

La Secretaria General, (Fdo) *OLGA SAENZ MENDIVELSO*

Hay un sello que dice "Escuela de Auxiliares de Enfermería, Bucaramanga". Es copia de su original tomada a los *VEINTICINCO* dias del mes de *FEBRERO* de mil novecientos *NOVENTA Y OCHO (1998)*

MARIA EDY ARIAS DELGADO
Directora

OLGA ELISA ARENAS DE ZARATE
Coordinadora Académica

OLGA SAENZ MENDIVELSO
Secretaria

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

BOGOTÁ HUMANA

Certifica que:

DEISY BELTRAN AMADO

Asistió en calidad de participante a la

Jornada de Actualización del Programa Ampliado de Inmunizaciones

Realizado en la Ciudad Bogotá, a los 15 días de Diciembre del 2015

DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Coordinador PAI Nacional
Ministerio de Salud y Protección Social

III SIMPOSIO NACIONAL
DE ACTUALIZACIÓN EN
VACUNAS

SCP
Sociedad Colombiana
de Pediatría

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA

CERTIFICA QUE:

DEISY BELTRAN AMADO

Asistió al III Simposio Nacional de Actualización en Vacunas
30 de septiembre y 1 de octubre de 2016
Bogotá - Colombia

Con intensidad horaria de 15 horas
Puntos PRECEP: 40

NICOLÁS IGNACIO RAMOS RODRIGUEZ
Presidente
Sociedad Colombiana de Pediatría

HERNANDO VILLAMIZAR GÓMEZ
Coordinador de PRECEP
Sociedad Colombiana de Pediatría

REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DEISY BELTRAN AMADO

Con Cédula de Ciudadanía No. 24.041.855

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION DE ENFERMERIA EN ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Con una duración de 50 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D. C. a los Once (11) días del mes de Marzo de Dos Mil Ocho (2008)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

RGC2008AP00056 11-03-2008
No Y FECHA DE REGISTRO

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003

otorga

Certificado de Competencia Laboral a

DEISY BELTRAN AMADO

Con Cédula de Ciudadanía No. 24.041.855

Quien demostró su Competencia Laboral en la

Norma

NIVEL AVANZADO - ADMINISTRAR INMUNOBIOLÓGICOS SEGÚN DELEGACIÓN Y NORMATIVA DE SALUD.

Código: 230101257

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTA, D. C., A los Ocho (8) días del mes de Agosto de Dos Mil Dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

3551305 - 08/08/2016
No Y FECHA REGISTRO

VIGENCIA
08 DE Agosto DE 2019

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101257CC24041855C.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

EL HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL ESE

CERTIFICA A:

DEISY BELTRÁN AMADO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICADA CON CC No. 24 041.855

Participación en el curso de

'ACTUALIZACIÓN EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES'

INTENSIDAD 40 HORAS

Fecha de expedición: 22 días del mes de Marzo de 2.012

NELSON JOAQUIN MALAVER

GERENTE HOSPITAL USAQUEN I NIVEL ESE

HUMANA

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 DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

CÓDIGO: ET-GT-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-11-25

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Auxiliares de Enfermeria Bucaramanga Santander
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Deisy Beltran Amado 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 de Enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Deisy Beltran Amado

No. de documento: 24041855

Tarjeta profesional No: 24041855

Dirección de contacto: KR 48 N° 176-58

Teléfono: 3165676849-3125333039

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. la señora **DEISY BELTRAN AMADO**, identificada con C.C. No. 24.041.855, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR C/TO
02-PS-1108-2016	05/09/2016	31/03/2017	$ 9.613.334
PS-3611-2017	17/04/2017	15/01/2018	$ 13.450.000

OBJETO CONTRACTUAL
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

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

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 03 de enero de 2018

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

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta acordada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Dirección Contratación
Proyectó: Isabel Jiménez – Técnico administrativo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

EL HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL DE ATENCIÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS HOSPITAL CENTRO ORIENTE

HACE CONSTAR:

Que en el archivo del Hospital reposan los contratos de Prestación de Servicios, con sus antecedentes que se relacionan a continuación suscritos con **DEISY BELTRAN AMADO** con cédula de ciudadanía número **24.041.855**

CONTRATO N° PP479/2013

Objeto: Prestar servicios independientes como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Duración: Suscripción 2013-07-04 Terminación 2014-01-31.
Valor total de la contratación: $10.000.860

CONTRATO N° PP68/2014

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

CONTRATO N° PP78/2015

Objeto: Prestar servicios independientes como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Duración: Suscripción 2015-02-01 Terminación 2016-01-31.
Valor total de la contratación: $18.549.000

CONTRATO N° PP2016-138/2016

Objeto: Prestar servicios independientes como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Duración: Suscripción 2016-02-03 Terminación 2016-02-09.
Valor total de la contratación: $362.810

CONTRATO N° PP2016-560/2016

Objeto: Prestar servicios independientes como **TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EXTRAMURAL**
Duración: Suscripción 2016-02-15 Terminación 2016-07-31.
Valor total de la contratación: $7.470.752

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 31 del mes de julio de 2016

GISELLE INGRID PAVA ARIAS
Jefe Oficina Jurídica

Diagonal 34 5-43
Código Postal 110311174
Teléfono: 3444484
NIT: 830077644-5
www.esecentrooriente.gov.co
subcentrooriente@saludcapital.gov.co

PREMIO NACIONAL ALTA GERENCIA 2011
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SECRETARÍA DE SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	**CERTIFICACIÓN**	Fecha: 13/02/2012 Versión: Dos(2))

LA SUSCRITA ASESORA JURÍDICA

DEL HOSPITAL DE USAQUÉN I NIVEL E.S.E

CERTIFICA

Que revisados los archivos de la Oficina de Contratación del Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E. se constata que el (la) señor(a) **DEISY BELTRÁN AMADO,** AUXILIAR DE ENFERMERÍA (VACUNADORA), Identificado (a) con C.C. Núm. 24.041.855, ha suscrito con el Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E., varias órdenes de Prestación de Servicios desde el día 14 de mayo de 2011, hasta el día 28 de febrero de 2013.

La presente se expide a solicitud del interesado(a), en Bogotá D.C., a los veintinueve (29) días del mes de mayo de 2013.

ISABEL EUGENIA BELALCAZAR P.
Asesora Jurídica

Elaboró: Luz Elena Ortiz

CERTIFICA

Que la señora DEICY BELTRAN AMADO identificada con cédula de ciudadanía número 24041855 de Santana Boyacá, tiene Contrato Civil de Prestación de Servicios Técnicos como AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EVENTOS MASIVOS desde el 01 de agosto de 2010.

Se expide este certificado a solicitud del interesado a los veinticinco (25) días del mes de enero de dos mil once (2011).-

LUZ ELENA ANGARITA
DIRECTORA RECURSOS HUMANOS
NIT 830.063.394-8
HOME SALUD Y CIA S.A.
Cra 21 #87-58 Tel 2360221

Home Salud
Asistencia Médica Integral Domiciliaria

CERTIFICA

Que la señora DEICY BELTRAN AMADO identificada con cédula de ciudadanía número 24041855 de Santana Boyacá, mantuvo Contrato Civil de Prestación de Servicios Técnicos como AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EVENTOS MASIVOS desde 04 de julio de de 2008 hasta el 31 de julio de 2010.

Se expide este certificado a solicitud del interesado a los veinticinco (25) dias del mes de enero de dos mil once (2011).-

LUZ ELENA ANGARITA
DIRECTORA RECURSOS HUMANOS
NIT 830.063.394-8
HOME SALUD Y CIA S.A.
Cra 21 #87-58 Tel 2360221

E.S.E.
CENTRO DE SALUD
SANTANA

CERTIFICA QUE;

La Señora DEISY BELTRAN AMADO Identificada con C.C No 24.041.855 de Santana Boyacá laboró Durante el 01 de Enero del 2.003 al 31 de Julio del 2.005 como Auxiliar de *Enfermería en esta Institución.*

A solicitud del interesado se expide en Santana Boyacá a los once y un (11) días del mes de Agosto del año 2.005.

EDURNE GARZON
Gerente (e)
E.S.E. Centro de Salud Santana

ALCALDIA MUNICIPAL
SANTANA - BOYACA

EL ALCALDE MUNICIPAL

HACE CONSTAR:

Que revisada la Hoja de Vida de la Señorita **DEISY BELTRAN AMADO**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 24.041.855 de Santana, fue vinculada con la Alcaldía de Santana, así

Tipo de Contratación	**Objeto**	**Duración**	**Iniciación**
Contrato No 046	Auxiliar de Enfermería	Cuatro meses – 21 días	10 de agosto de 1998
Contrato No 084	Auxiliar de Enfermería	Tres (3) meses	4 de enero de 1999
Contrato sin formalidades plenas de Prestacion de Servicios	Auxiliar de Enfermería	Tres (3) meses	1 de abril de 1999
Contrato No 058	Auxiliar de Enfermería	Tres (3) meses	1 de julio de 1999
Contrato prestación de servicios técnicos	Auxiliar de Enfermería	Doce (12) meses	3 de enero de 2000
Orden No. 008 sin formalidades plenas de Prestacion de Servicios	Auxiliar de Enfermería	Seis (6) meses	4 de enero de 2001
Orden de Prestación de Servicios sin formalidades plenas	Auxiliar de Enfermería	Dos (2) meses	4 de julio de 2001
Orden de Prestación de Servicios sin formalidades plenas	Auxiliar de Enfermería	Un (1) mes y quince (15) días	3 de septiembre de 2001
Orden de Prestación de Servicios sin formalidades plenas	Auxiliar de Enfermería	Dos (2) meses y ocho (8) días	23 de enero de 2002

Se expide en Santana a los 2 días del mes de agosto a solicitud de la interesada

HENRY ARMANDO SANCHEZ FORERO
Alcalde Municipal

"Un Alcalde para todos"
Palacio Municipal – Telefax No. 0987 289026
alcaldiasantana1 @hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.041.855**

BELTRAN AMADO

APELLIDOS

DEISY

NOMBRES

Deisy Beltrán Amado

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-SEP-1975**

SANTANA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

30-NOV-1993 SANTANA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00209432-F-0024041855-20100118 **0020**09066A 1 1440621955

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14398167645

(415)7707212489984(8020) 000001439816764 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 4 0 4 1 8 5 5	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Santana 6 8 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BELTRAN	AMADO	DEISY	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 48 176 58 BRR NUEVA ZELANDIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
debam2005@hotmail.com		7014727	3165676849

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2016 12 16						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2016 12 16

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:

Deisy Beltray Amado

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

984. Nombre URIBE VARGAS JANNETH
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 16-12-2016 04:18:43PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-12-2016
Hora: 11:33:08 AM

CONTRIBUYENTE NIT 24041855-3 DEISY BELTRAN AMADAO

Información

Dirección	KR 48 176 58
Teléfonos	7014727
Dirección	debam2005@hotmail.com
Fax	3165676849

Información de

Fecha Inscripción	17/12/2016
Soporte Inscripción	22938649
Fecha Inicio Actividades	16/12/2016
# 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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DEISY

BELTRAN AMADO

C.C 24041855

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 28/05/2008

GOBERNACION DE SANTANDER

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCION No. № 00872

13 ABR. 1998

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En el ejercicio de la delegación conferida por la Resolución No.2085 de 1989, emanada del Ministerio de Salud y,

CONSIDERANDO:

Que, DEISY BELTRAN AMADO, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 24.041.855 expedida en SANTANA (BOY.) ha solicitado autorización del ejercicio profesional como: AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Certificado que le otorgo: LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA, el 25 de Febrero de 1998.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a DEISY BELTRAN AMADO, identificada, con cédula de ciudadanía No.24.041.855 expedida en SANTANA (BOY.) para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA; en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

CUMPLASE Y CUMPLASE 13 ABR. 1998

DARIO ELVIS CAMACHO NORIEGA
Secretario de Salud Departamental

MARIA TERESA VARGAS CALLE
Subdirectora Seguridad Social

Ana Victoria M.

ReTHUS

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN * **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ***

Cédula de Ciudadanía ▼ 24041855

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 24041855, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010918629

Fecha de generación del carné: jueves, 27 de octubre de 2016 04:04 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía

Número de identificación: 24041855

Nombres y Apellidos: DEISY BELTRAN AMADO

Fecha de nacimiento: 04/09/1975

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis	01/04/2013	Adacell	AC37B064AA	GRUPO EXTRAMURAL - USAQUEN
Fiebre amarilla	Primera dosis	10/10/1997	Fiebre Amarilla		
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	10/02/1997	Recombax B		
	Segunda dosis	21/03/1997	Recombax B		
	Tercera dosis	08/10/1997	Recombax B		
	Refuerzo	14/01/2014	Engerix B Adultos	51AE11020	GRUPO EXTRAMURAL - MARTIRES
Influenza	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	30/06/2011	Neumo 23		
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única	29/09/2011	Sarampión -Rubéola		UPA USAQUEN
Td	Primera dosis	01/02/1997	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Segunda dosis	21/03/1997	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	23/10/1997	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Cuarta dosis	23/10/1998	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Quinta dosis	20/10/2002	Toxoide Tetánico y diftérico		
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010918629

Fecha de generación del carné: jueves, 27 de octubre de 2016 04:04 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	24041855
Nombres y Apellidos	DEISY BELTRAN AMADO		
Fecha de nacimiento:	04/09/1975		

Toxoide Tetánico	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

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

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 **09/09/2016 17:20:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre DEISY BELTRAN AMADO

Cargo **AUXILIAR ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 24041855**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO	2 EVALUACION OSTEOMUSCULAR	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 de restricción de actividades	( )	( )
Requiere de reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )

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 (X) NO ( ) **ARL** SI ( ) NO ( ) **EPS** NUTRICION, MEDICINA SI (X) NO ( )

CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO SEGURO, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, PAUSAS ACTIVAS DE EXTREMIDADES PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL SEGÚN LABOR. HABITOS DE VIDA SALUDABLE: ACTIVIDAD DEPORTIVA 40 MIN TRES VECES POR SEMANA, DIETA BALANCEADA. AUTOEXAMEN MENSUAL DE SENO. VALORACION POR NUTRICION EN LA EPS.CONTINUAR CONTROLES CON MEDICINA GENERAL.CONTROL ANUAL POR SALUD

Diana Paola Melo Muñoz
Médico
Salud Ocupacional
Res. 13443/12

DIANA PAOLA MELO MUÑOZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 66847181 RM: RES 13443/12

Trabajador: DEISY BELTRAN AMADO
CC: 24041855
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DEISY BELTRAN AMADO

Con Cedula de Ciudadania No. 24041855

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los dos (2) días del mes de noviembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

56606567 - 02/11/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001797307CC24041855C.

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:	21-01-19	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
Beltran	Amado	Deisy	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	24041855	Santana Boyacá	1993-11-30
PASAPORTE ☐	OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
4-09-1975	Santana - Boyacá	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	2	3	3165676849

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 48 176 58	Bogotá	Bogotá	Colombia	7014727

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
dbeltran.acolectiva.hco@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
Vargas	Daza	Samuel	Antonio

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79657259	Bogotá	1992-05-12	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			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:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	Inscrita en proceso de rut	8692
		NO ☒	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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 Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	#NIT	900959057

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 3 45 - 43	3444484	Bogotá	Bogotá	Colombia

CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria	FECHA VINCULACION	5-09-2016

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	700.000 $ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	1'550.000 $ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	2.800.000 $ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	60'000.000 $ 0	DEUDAS TERCEROS	15.300.000 $ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	500.000 $ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	1'550.000	TOTAL EGRESOS	1'200.000	TOTAL ACTIVOS	60'000.000	TOTAL PASIVOS	18.100.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	Cuota Creditos		

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
Aguilar	Pinatoba	Miryam	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
cl 185A 15-57	Bogotá	Amiga	3118007079

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	Cuenta de ahorro	74104167	Aguas	5528777

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 EXTERIOR ☐ 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 Superintedencia 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 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 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) Envío 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 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, 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.

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

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

Deisy Beltran Amado

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA					XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION		
1.Fecha		**2. Ciudad**			**1. Fecha**	**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:					**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**		
4. Lugar de la Entrevista:					**4. Lugar de la verificación:**		
5. Observaciones:					**5. Observaciones:**		
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐		RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**		
7. Firma y Cédula							

Certificación Semanas de Cotización

La Señora DEISY BELTRAN AMADO , identificada con Cédula Ciudadanía 24.041.855, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	DEISY BELTRAN AMADO		
Número de identificación:	24041855	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Fecha de retiro:		Semanas Cotizadas cotizante:	880
Dirección actual de residencia:	KR 48 176 58	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	7014721	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC
Nombre de Régimen:	CONTRIBUTIVO		

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
24041855	BELTRAN AMADO DEISY	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de afiliado	Identificaicón	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Semanas
BENEFICIARIO	1002600605	TI	MARIA JOSE VARGAS BELTRAN	01/08/2017	VIGENTES		764
BENEFICIARIO	1057514100	TI	ALEJANDRO VARGAS BELTRAN	01/08/2017	VIGENTES		657

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

Se firma y expide en Bogotá a los 21 días del mes de Enero de 2019, a solicitud del interesado.

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

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

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

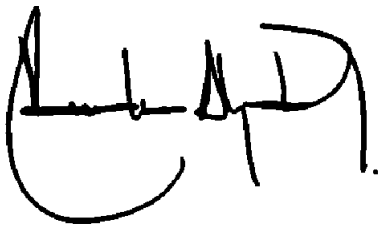
Elaboro:

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DEISY BELTRAN AMADO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **24,041,855**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Enero de 2019.



_____
Gerente de Clientes

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

24041855 Numero de Documento	SEGUROS BOLIVAR ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Deisy		Beltran	Amado

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
4-09-1975	Santana-Boyacá	Kr 48N 176-58	7014727

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Medimas	Porvenir	$ 1'550.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar de Enfermería Escriba su perfil tecnico o profesión	5-09-2016

Correo Electrónico	Celular
dbeltran.acolectiva.hco@gmail.com	3165676849

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
Deisy Beltran Amado	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121029035

WEB
22:11:03

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) DEISY BELTRAN AMADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 24041855:

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)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA 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 22:01:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	24041855
Código de Verificación	240418551901212201O3

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2713034

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 22:12 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) **DEISY BELTRAN AMADO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTICUATRO MILLONES CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO** de SANTANA

24041855

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.



ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_M7PP_0922
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 22:07:56 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **24041855**
Apellidos y Nombres: **BELTRAN AMADO DEISY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Volver al Inicio

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

BBVA

A QUIEN INTERESE

Nos permitimos certificar que DEISY BELTRAN AMADO
Identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 24.041.855 es cliente de nuestra sucursal desde el pasado 12 DE JULIO DE 2013 y se encuentra vinculado a través de la cuenta DE AHORROS No. 074 104167 , la cual se encuentra vigente y hasta la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide el 02 DE JUNIO DE 2016 , con validez para el territorio Colombiano.

Atentamente,

BBVA
SUCURSAL SANT. FE
AUXILIAR DE ATENCION AL CLIENTE

Sucursal SANTAFE
BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA"