

Escaneado con CamScanner

Administración de contratos

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index?prevCtxLbl=&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%2fCO1Marketpl...

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 15:13:30
FANNY CAMARGO VARGAS

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Id de página:: 23000629 Ayuda

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
1438071	PS 1777 2021	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	-	22/03/2021 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	FANNY CAMARGO VARGAS	4.800.000 COP	Pendiente de firma	Detalle
1308897	PS 6664 2020	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	6/11/2020 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	9 días para terminar *(31/01/2021 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	FANNY CAMARGO VARGAS	6.337.408 COP	En ejecución	Detalle
1238945	PS 5997 2020	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	24/09/2020 11:28:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/11/2020 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	FANNY CAMARGO VARGAS	6.480.000 COP	En ejecución	Detalle
815506	PS 2129 2020	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	1/02/2020 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/07/2020 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	FANNY CAMARGO VARGAS	11.666.592 COP	Modificación aceptada enviada	Detalle
565422	PS 1138 2019	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	1/02/2019 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/01/2020 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	FANNY CAMARGO VARGAS	20.774.208 COP	Modificación aceptada enviada	Detalle

Ver más | Cambiar el estilo de paginación

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

03:13
22/01/2021

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CAMARGO	VARGAS	FANNY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 46682006

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES MAY AÑO 1980

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Paipa

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 7 #34 - 36 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3192424741

EMAIL flaquis0105@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDAD
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1998
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
soporte vital basico	SENA	2019	20
SOPORTE VITAL BASICO	SENA	2017	20
AISVVS	SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO	2017	20
SOPORTE VITAL BASICO	SENA	2014	20
Profundizacion tecnica en atencion del paciente	SENA	2014	50
CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE	HOSPITAL SANTA CLARA	2011	10
ACTUALIZACION EN TRAUMA	ASOCIACION COLOMBIANA DE TRAUMA	2007	10

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-ene-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
NUEVAS TENDENCIAS MUNDIALES EN RCP	SALAMANDRA	2006	8

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 3282828	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 10 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL		*DIRECCIÓN* CARRERA 14 B N. 1 -59

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CUIDADOS PROFESIONALES	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* cuidados profesionales.org.co
TELÉFONOS 3546981	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 11 AÑO 2007		*FECHA DE RETIRO* DIA 20 MES 4 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL		*DIRECCIÓN* CALLE 24 N. 29 - 45

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-ene-2021

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*
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 1 MES 12 AÑO 2004	DIA 30 MES 9 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CARRERA 15 N. 1 59 SUR

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	3	5
Pública	16	1
Total	16	1

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Fanny Camargo Vargas — 22-01-21 Bogotá

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-ene-2021

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

Escaneado con CamScanner

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

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 2.0

Última Actualización: 22-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FANNY CAMARGO VARGAS

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 46682006 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cra 7 #34 - 36 sur **Teléfonos** 3192424741 3192424741

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GLORIA LIGIA VARGAS CAMARGO	23853358	Madre
CRISTIAN ALEJANDRO CASTAÑEDA	1034309420	Hijo(a)
HECTOR ANDRES CASTAÑEDA CAMARGO	1034293687	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	$ 16.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 16.000.000,00

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 de Bogotá	Cuenta de ahorros	102538188	AV. 1 # 18 - 50	$ 500,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
colegio juan del rizo	pension	$ 384.400,00

Escaneado con CamScanner

seguridad social	salud pensión arl	$ 250.000,00
Maria Blanca Muños	arriendo	$ 500.000,00

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
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

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

Fanny Amaya Vargas.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

Escaneado con CamScanner

Ciudad, Fecha

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

Asunto: Declaración de no Inhabilidades e Incompatibilidades

Por medio de la presente certifico que ni el suscrito ni FANNY CAMARGO VARGAS (, con CC N° 46.682.006) nos encontramos incursos en ninguna inhabilidad e incompatibilidad de que trata la constitución y la ley para la celebración de contratos.

Cordialmente,

Firma
Nombre del representante legal
Documento de Identidad

Escaneado con CamScanner

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 10 de 01 de 2020

Cordialmente,

Fanny Camargo Vargas
C.C. 46.682.006 Paipa

Escaneado con CamScanner

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

A cumplir las Funciones que esten a mi cargo con responsabilidad.

Nombre: Fanny Camargo Vargas

Documento: cc 46.682.006

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Fecha: 10 - Enero - 2020

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Departamental

" El Rosario "

Paipa - Boyacá

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental,
según Resolución No. 4469 del 10 de Octubre de 1997

Confiere a :

Fanny Camargo Vargas

C.C. 46.682.006 de Paipa

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad en Salud y Nutrición

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, según los Planes y Programas vigentes

Anotado al Folio No. 196 Libro de Registro No. 01

Acta de Grado No. 016 Fecha 12 Diciembre 1998

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE EDUCACION DE SANTAFE DE BOGOTA

EL INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL
INSTITUTO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
IFIDHU

Con autorización oficial según Resolución No. 1256 del 14 de Abril de 1999
Emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá

Teniendo en cuenta que:

Fanny Camargo Vargas

C.C. No. 46'682.006 Paipa

Culminó satisfactoriamente sus estudios y
cumplió con todos los demás requisitos legales y
reglamentarios, le confiere el certificado de

APTITUD OCUPACIONAL
TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

En constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C.
a los 15 días del mes de Diciembre de 2000

Dirección

Coordinación

Escaneado con CamScanner

COLEGIO DEPARTAMENTAL

" EL ROSARIO "

Carrera 5 No. 1-60 Teléfono 850263

Paipa - Boyacá

Jornada Mañana

Inscripción S. E. No. 0641123

Inscripción DANE No. 31551600010

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la Ciudad de Paipa, a los 12 días del mes de diciembre del año 19 98, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría del **Colegio Departamental " El Rosario "** Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Técnica y Académica y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental de Boyacá, para otorgar el Título de Bachiller en SALUD Y NUTRICION según Resolución No. 4469 del 10 de Octubre de 1997.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica y Académica se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDAD EN SALUD Y NUTRICION

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

FANNY CAMARGO VARGAS
C.C. 46.682.006 de Paipa

Es copia tomada del Libro de Actas Generales de Grado, Folio No. 026 Acta No. 016 de fecha 12 de dic. 1998 que consta de 7 alumnos, que comienza con el nombre de FANNY CAMARGO VARGAS y se cierra con el nombre de YASMIN RINCON SANCHEZ.

Firmada y Sellada por BENJAMIN GALAN MALAVER (Rector) y
CARMEN LUCIA MONTAÑA ROSAS (Secretaria)

Dada en Paipa, a los 21 días del mes de diciembre de 199 8.

RECTOR

LIC. BENJAMIN GALAN MALAVER
C.C. No. 4.093.571 de Chiquinquirá

SECRETARIA

CARMEN LUCIA MONTAÑA ROSAS
C.C. No. 23.553.588 de Duitama

Escaneado con CamScanner

PER SAPIENTIAM AD LUCEM ET LABOREM

IFIDHU

INSTITUTO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

Resolución 1256 de Abril 14 de 1999 del Ministerio de Educación

ACTA DE GRADO

Registro Académico Integral

R.A.I.

HACE CONSTAR QUE

CAMARGO VARGAS FANNY

C.C. No. 46'682.006 de Paipa

Realizó y aprobó Plan Curricular del programa Auxiliar de Enfermería

Modo: TECNICO LABORAL, decreto 114 de Enero 15 de 1996

Se expide el Certificado de Aptitud Ocupacional No. 094 - 2000

Registro de grados 005 Libro 001 Folio 094

Fecha de expedición 15 de Diciembre de 2000

Directora del Instituto

Coordinación Académica

Acta No. 0005

Escaneado con CamScanner



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

FANNY CAMARGO VARGAS

Con Cedula de Ciudadania No. 46.682.006

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

PROFUNDIZACIÓN TÉCNICA EN ATENCION DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá, a los diez (10) dias del mes de diciembre de dos mil catorce (2014)

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

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

21279610 - 10/12/2014
No y FECHA REGISTRO

Escaneado con CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

FANNY CAMARGO VARGAS

Con Cedula de Ciudadania No. 46.682.006

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Puerto Asís, a los nueve (9) días del mes de abril de dos mil catorce (2014)

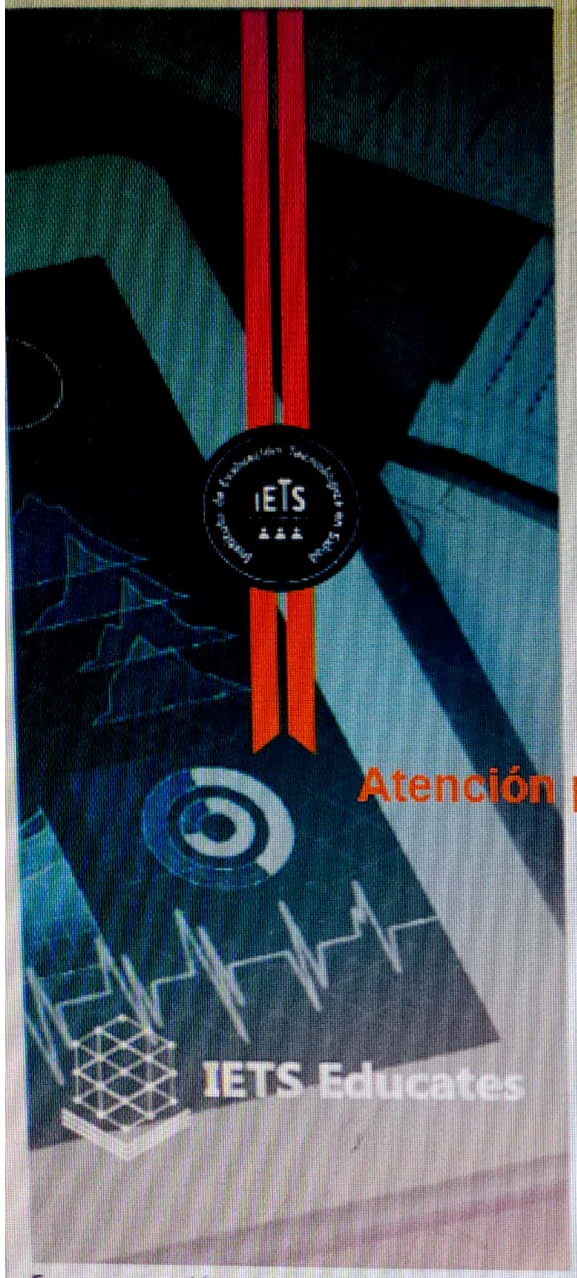
Firmado Digitalmente por
MILTON HERNANDO PEREZ ORDOÑEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

MILTON HERNANDO PEREZ ORDOÑEZ
SUBDIRECTOR
CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA
REGIONAL PUTUMAYO

19272152 - 09/04/2014
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 951800710272CC46682006C.

Escaneado con CamScanner



Asociación Colombiana de Sociedades Científicas

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

Hacen constar que:

Fanny Camargo Vargas

Participó en el curso virtual

Atención primaria en Salud y abordaje a pacientes COVID-19

Con una duración de ocho (8) horas.

Finalizado en Bogotá,

Dra. Lina Maria Triana Lloreda
Presidenta ACSC

Dra. Adriana M. Robayo G.
Directora Ejecutiva

En cooperación con:

Escaneado con CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Instituto de Formación Integral para el desarrollo Humano IFIDHU
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

-**/

REF. autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Fanny Camargo Vargas 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 en Auxiliar de Enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Fanny Camargo Vargas

No. de documento: 46.682.006

Tarjeta profesional No: 46.682.006

Dirección de contacto: Cra 14B N° 1-45 Sur

Teléfono: 3282828

Escaneado con CamScanner

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) FANNY CAMARGO VARGAS, identificado(a) con CC. No. 46682006, presta en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTÒ.
PS 1138 2019	01/02/2019	01/10/2019	$15.162.156
PS 0576 2018	10/01/2018	31/01/2019	$21.801.780

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 1138 2019: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DETECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS U QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVIOCIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 0576 2018:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 07 de Septiembre de 2019.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Escaneado con CamScanner

Cordialmente,

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Adonay Neira Joiro – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Lidia Mayorga Lancheros - Referente OPS

Escaneado con CamScanner

Continuación de certificación de CAMARGO VARGAS FANNY

N°AS1107/2008	del	01 al 31 de Julio de 2008.
N°AS1538/2008	del	01 de Agosto al 31 de Diciembre de 2008.
N°AS113/2009	del	01 al 31 de enero de 2009
N°AS683/2011	del	24 de enero al 30 de junio de 2011
N° AS1306/2011	del	05 de julio al 30 de septiembre de 2011
N° AS2280/2011	del	10 al 31 de octubre de 2011
N° AS 3038 2011	del	11 de noviembre al 31 de diciembre de 2011
N° AS 278 2012	del	10 de enero al 30 de septiembre de 2012
AS 2346 2012	del	01 al 31 de octubre de 2012
AS 2666 2012	del	02 al 30 de noviembre de 2012
AS 3440 2012	del	01 al 31 de diciembre de 2012
AS 0247 2014	del	01 de enero al 30 de junio de 2013
AS 2013 2013	del	01 de julio al 31 de agosto de 2013
AS 2495 2013	del	01 al 30 de septiembre de 2013
AS 3760 2013	del	07 al 31 de octubre de 2013
AS 4596 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0247 2014	del	01 de enero al 31 de mayo de 2014
AS 1758 2014	del	03 de junio al 31 de agosto de 2014
AS 3158 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 4222 2014	del	01 al 30 de noviembre de 2014
AS 5119 2014	del	30 al 31 de diciembre de 2014
AS 0306 2015	del	02 de enero al 31 de agosto de 2015
AS 1966 2015	del	07 de septiembre al 30 de noviembre de 2015

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

NIT 860.020.188 - 1

ÁREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **CAMARGO VARGAS FANNY**, identificado con cédula de ciudadanía **46.682.006**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con esta institución así:

Nº3497/2004	del	03 al 31 de Diciembre de 2004.
Nº158/2005	del	02 al 31 de Enero de 2005.
Nº450/2005	del	01 al 28 de Febrero de 2005.
Nº658/2005	del	01 al 31 de Marzo de 2005.
Nº1015/2005	del	01 al 30 de Abril de 2005.
Nº1376/2005	del	03 de Mayo al 30 de Junio de 2005.
Nº1786/2005	del	01 al 31 de Julio de 2005.
Nº2338/2005	del	01 al 31 de Agosto de 2005.
Nº2621/2005	del	01 al 30 de Septiembre de 2005.
Nº2858/2005	del	01 al 31 de Octubre de 2005.
Nº3177/2005	del	01 al 30 de Noviembre de 2005.
Nº3686/2005	del	01 al 31 de Diciembre de 2005.
NºAS211/2006	del	02 de Enero la 31 de Agosto de 2006.
NºAS1112/2006	del	01 al 30 de Septiembre de 2006.
NºAS1659/2006	del	02 de Octubre de 2006 al 1 de Enero de 2007.
NºAS298/2007	del	02 de Enero al 30 de Septiembre de 2007.
NºAS1143/2007	del	01 al 31 de Octubre de 2007.
NºAS1775/2007	del	01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2007.
NºAS296/2008	del	03 de Enero al 30 de Junio de 2008.

FIRMA		ELABORÓ	
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

Carrera 14 B No 1 - 45 sur
PBX: 328 2828
www.esesantaclara.gov.co
Información: Línea 195

HOSPITAL SANTA CLARA

BOGOTÁ HUMANA

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

NIT 860.020.188 – 1

ÁREA DE TALENTO HUMANO

Continuación de certificación de CAMARGO VARGAS FANNY

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AS 1966 2015, plazo de ejecución del 07 de septiembre al 30 de noviembre de 2015, honorarios promedio mensuales ($1.464.706) y actividades como APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Se expide la presente certificación a los veintiocho (28) días del mes de septiembre de dos mil quince (2015) a solicitud del interesado.

NUBIA YANNETH OSTOS BUSTOS
Profesional Especializado Talento Humano

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

Escaneado con CamScanner

CUIDADOS PROFESIONALES
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

CERTIFICACIÓN DE TRABAJO ASOCIADO

Que el Señor(a). **FANNY CAMARGO VARGAS.** Identificado(a) con cedula, No. **46.682.006.** Fue trabajador(a) asociado(a) de **CUIDADOS PROFESIONALES** desde el 01 de Noviembre del 2007 hasta el 20 de Abril del 2011 desempeñándose como. **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Con un convenio de trabajo asociado a termino indefinido.

Se expide en la ciudad de Bogota a solicitud del interesado a los (23) días del mes de Septiembre del 2011.

Cordialmente,

MARTHA PATRICIA CASTELLANOS G.
Jefe de Recursos Humanos

Carrera 13A No. 89-38 Of. 714 / 715 Teléfonos: 6114989 - 6114826 - 6185746 Fax: 6184679

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **46.682.006**

CAMARGO VARGAS
APELLIDOS

FANNY
NOMBRES

Fanny Camargo Vargas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-1980**

PAIPA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-AGO-1998 PAIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

3. Consecutivo: 1 2 — Actualización de oficio

4. Número de formulario: **14514909098**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 4 6 6 8 2 0 0 6 — 6. DV: 7 — 13. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 14. Rueda económica: 5 2

IDENTIFICACIÓN

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	4 6 6 8 2 0 0 6	1 9 9 6 0 6 2 1

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMARGO	VARGAS	FANNY	

35. Razón social

36. Nombre comercial — 37. Sigla

UBICACIÓN

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 7 34 36 SUR

42. Correo electrónico: fcv0106@gmail.com

43. Código postal — 44. Teléfono 1: 3 1 9 2 4 2 4 4 1 — 45. Teléfono 2: 3 1 9 4 4 9 6 3 1 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código		51. Código	52. Número establecimientos
8 5 9 9	2 0 0 4 1 2 1 2			1	2	3 2 2 3	

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
4	8																								

53. Código: 48 — No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Inicio — 56. Fin — Tercero: 1 2 3 — 57. Modalidad — 58. CIIU

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actuaciones a que haya lugar en la inscripción en el Registro Único Tributario RUT, la información suministrada y en consecuencia no se exigirá en futuras

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Asume: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Resolución — 61. Fecha: AÑO MES DÍA

ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

Fecha generación formulario: [illegible]

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 19-08-2016
Hora: 9:47:34 AM

CONTRIBUYENTE NIT 46682006-7 FANNY CAMARGO VARGAS

Información General

Dirección TV 12B BIS 73 80 SUR ESTE

Teléfonos 3192424741

Dirección electrónica fcv0105@gmail.com

Fax 3194496311

Información de Registro

Fecha Inscripción 19/08/2015

Soporte Inscripción 20185684

Fecha Inicio Actividades 06/12/2004

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001067271

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 002577 de
Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CAMARGO VARGAS FANNY Identificado(a) con CC número 46682006 expedida en PAIPA solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO DE FORMACION INTEGRAL - IFIDHU el día 15/12/2000 y registrado en el libro 001 Folio 094 año 2000
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 CAMARGO VARGAS FANNY identificado(a) con CC número 46682006 expedida en PAIPA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los

Original Firmado

HECTOR MARIO RESTREPO MONTOYA
Director de Desarrollo de Servicios de Salud

Fanny Camargo V.
46.682.006
002577 MAR.
Fanny Camargo

Escaneado con CamScanner

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicamen...

Primer Apellido *

camargo

Confirme los números de la Imagen *

6292

Cambiar

6536

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2020-01-30--11:14:18 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	46682006	FANNY		CAMARGO	VARGAS	Ver

Información Detallada [CC: 46682006] FANNY CAMARGO VARGAS

2020-01-30--11:14:18 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2001-03-30	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).

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del camé: miércoles, 04 de diciembre de 2019 07:28 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía

Número de identificación: 46682006

Nombres y Apellidos: FANNY CAMARGO VARGAS

Fecha de nacimiento: 21/05/1980

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				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Quinta dosis	17/08/2016	Bostrix	AC37B165AB	VIRREY SOLIS SEDE AMERICAS
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
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	20/02/2018	Recombax B	UFX17002	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	28/04/2017	pneumovax 23	M037533	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	07/12/2018	Sarampión -Rubéola	0128W1300Z	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - ANTONIO NARIÑO
Td	Segunda dosis	19/01/2009	Tetavax		VIRREY SOLIS SEDE CHAPINERO
	Tercera dosis	19/08/2009	Tetavax		VIRREY SOLIS SEDE CHAPINERO
	Cuarta dosis	23/06/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2276 V03/18	VIRREY SOLIS SEDE CHAPINERO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				

Escaneado con CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

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
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Nro. 43155

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 29/01/2020 HORA:13:58			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: FANNY CAMARGO VARGAS			DOCUMENTO: 46682006		EDAD: 39 GENERO: F
EMPRESA: INDEPENDIENTE			CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA		TELEFONO: 3192424741 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	--		Dermatología	Si	
Audiometria	--		Osteomuscular	Si	
Visiometria	--		Cardiovascular	Si	
Optometria	--		Prueba de equilibrio	--	
Electrocardiograma	--		Radiologia Tunel/carpo	--	
Psicología Laboral	--		Radiologia Columna	--	
Vacunas	--		Radiologia Torax	--	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	--		Parcial de Orina	--	
Glicemia	--		RH-Grupo Sanguineo	--	
Colesterol	--		KOH Uñas	--	
Trigliceridos	--		Frotis Faringeo	--	
Serologia	--		Coprologico	--	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)	--	**Segun Res.1409 de julio 23 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**	--

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA EL CARGO. ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	--
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomia 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 Fisico	--
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirómetria	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	--	Control Médico Ocupacional Anual	--
					--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi 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 mi 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 registtada 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 con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador
Fanny Camargo Vargas
C.C. No 46.682.006

2058

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
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

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Escaneado con CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

FANNY CAMARGO VARGAS

C.C.: 46682006

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Escaneado con CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

FANNY CAMARGO VARGAS

Con Cedula de Ciudadania No. 46682006

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 tres (3) días del mes de octubre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

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

63160712 - 03/10/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el repositorio electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300198312500046682006C.

Escaneado con CamScanner

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT-031
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	06/11/2020	CIUDAD:	BOGOTA DC	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.3.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad establecidas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CAMARGO	VARGAS	FANNY	

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)						No. IDENTIFICACION:	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION: (DD-MM-AAAA)
CC:	X	CE:		NIT:		46.682.006	PAIPA		21-08-1998
PASAPORTE:		OTRO:		CUAL:					

ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI:	X	NO:	

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
21-03-1980	PAIPA	BOYACA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)						PERSONAS A CARGO:	NUMERO DE HIJOS:	TELEFONO FIJO/ CELULAR:
SOLTERO(A)		CASADO(A)	X	DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE		VIUDO(A)	3	2	3192424741

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)							PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA		BACHILLER		TECNICO	X	TECNOLOGO		CUAL:		AUXILIAR DE ENFERMERIA
UNIVERSITARIO		POSTGRADO		MAGISTER		OTRO				

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA:
CARRERA 7 N 34-36	BOGOTA DC	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	3192424741

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X):		
fcr0105@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASTAÑEDA	SIERRA	HECTOR	JULIO

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)						NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION: (DD-MM-AAAA)	
CC:	X	CE:		NUIP:		79.607.015	BOGOTA DC	CUNDINAMARCA	14/05/1991	
PASAPORTE:		OTRO:		CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	X	NO:		NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		RECIBE OTRA RENTA:						CIIU(4) DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (SOLICITAR CIIU):			
		SI:		¿CUÁL?		SI:	NO:	PRINCIPAL:	3600	SECUNDARIA:	
		NO:	X			NO:					

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

FUNCIONARIO PUBLICO:		APROPIACION RECURSOS PUBLICOS:		NOMBRE EMPRESA Y NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA:	NIT:
SI:	NO: X	SI:	NO: X	SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	900930851

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA:	GOBIERNO:	COMERCIAL:	SERVICIOS:	SALUD: X	ENERGIA:	ALIMENTOS:
EXPORTACIONES:	FINANCIERA:	MERCAMERICAS:	AUXILIOS FUNERARIOS:	INDUSTRIAL:	TECNOLOGIA:	OTRA:

DIRECCION DE LA EMPRESA:	TELEFONO PRINCIPAL:	CIUDAD/MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO:	PAIS:
CARRERA 14 B N 1-45 SUR	3 282 828	BOGOTA DC	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA):	01/10/2016

Escaneado con CamScanner

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	900.000	CAPITAL		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1.400.000	ARRIENDOS	500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1.400.000	TOTAL EGRESOS	1.400.000	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 Contratante y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORALES		JOAQUIN	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 7N. 34-36 SUR	BOGOTADC/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	COMPANERO LABORAL	3193726119

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO BOGOTA	NOMINA	102539188	AV. 1 N. 18-50	3420000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION	☐	EXPORTACION	☐	TRANSFERENCIA	☐	PAGO SERVICIOS	☐	PRESTAMO	☐	OTRO	☐	CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☒	CUAL: YA SE ENCONTRABA LABORANDO EN LA INSTITUCION	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. 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 **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 entregare a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)

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 la 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 la 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 no destinaran a actividades ilícitas.
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 las numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, comunicado 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, y 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.

Escaneado con CamScanner

10. 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 estado**financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados *financieros o certificación de contador*, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, 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 Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES 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 los dispuesto en el literal b) del articulo 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 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 trataran 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 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 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) Envió 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 terminos 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.

Escaneado con CamScanner

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, 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, y a 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.

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, transfieran, 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 sarlaft@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

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

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

11. FIRMA Y HUELLA

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

Fanny Camargo Vargas

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				13. VERIFICACION DE LA INFORMACION			
1.Fecha y Hora:		2. Ciudad		1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario Subred				3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		6. Firma y No. Cédula:			
7. Firma y Cédula				7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred				8. Proceso Responsable Subred			

Escaneado con CamScanner

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales **100/100**

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

fcv0105@gmail.com

Documento de Identidad *

46682006

Nombres y apellidos *

fanny camargo vargas

Número de contacto *

3192424741

Escaneado con CamScanner

SaludTotal EPS

Bogotá, Enero 22 de 2021

Señora:
CAMARGO VARGAS FANNY
CC. 46682006
TV 13 B BIS NO 73 80 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 11 de 2005. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CASTANEDA CAMARGO HECTOR ANDRES	1034293687	T	Abr-4-2009	399	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CASTANEDA CAMARGO CRISTIAN ALEJANDRO	1034309420	R	Nov-17-2016	56	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CAMARGO VARGAS FANNY	46682006	C	Mar-11-2005	415	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CORPORACION IPS SALUDCOOP	46682006	Dependiente	CERRADO
CUIDADOS PROFESIONALES	46682006	Dependiente	CERRADO
FANNY CAMARGO VARGAS	46682006	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Escaneado con CamScanner

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) FANNY CAMARGO VARGAS identificado(a) con C.C No. 46.682.006, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 22 de enero del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Escaneado con CamScanner

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

46.682.006	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fanny		Camargo	Vargas

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
21-05-1980	Boyaca	carrera 7 N=34-36 sur	

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Salud Total	Colfondos	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar de Enfermeria	

Correo Electrónico	Celular
flaquis0105@hotmail.com	3192424741

Fanny Camargo Vargas
Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.431.304 Bta.
Enfermera P.U.J.
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52.431.704

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 159198022

WEB
15:32:14

Bogotá DC, 22 de enero del 2021

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) FANNY CAMARGO VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 46682006:

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.

Escaneado con CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 22 de enero de 2021, a las 15:31:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	46682006
Código de Verificación	46682006210122153127

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Escaneado con CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4163475

BogotÃ¡ D.C., 22 de Enero de 2021 - 15:33 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) **FANNY S/R CAMARGO VARGAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CUARENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEIS** de PAIPA

46682006

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.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
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_1LVHJ_3315
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Escaneado con CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 15:30:25 horas del 22/01/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **46682006**
Apellidos y Nombres: **CAMARGO VARGAS FANNY**

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.

Dirección: Calle 18A # 69F–45 Zona Industrial, barrio Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Escaneado con CamScanner

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que FANNY CAMARGO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 46.682.006 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 102538188, abierta/o desde el 26/12/2004, con saldo a la fecha de: $ 5.536

Se expide en Bogotá el día 22 del mes de Enero del año 2021 con destino a: subred centrooriente

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Escaneado con CamScanner