User Data

Platform Notifications History

My Memberships

User Accesses

Terms Of Use

Request New

Membership Requests Status

Below is the list of all your memberships and corresponding status.

Fiscal ID	Company	Request Date	Acceptance Evaluation Date	State
52216500	NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO	12/15/2017 10:52:39 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	12/15/2017 10:52:39 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	Member

Change paging style

Request New

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

Última Actualización: 21-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BORRAY	SANTOFIMIO	NICOL JOHANNA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52216500

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES MAY AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 3 a n 39 41 apt 502

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3755061

EMAIL nicolborray@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 comercial
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 1991
										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
ES	3	X		EPIDEMIOLOGA	2	2012	52216500
UN	10	X		ODONTOLOGA	7	2001	52216500

Scanned by CamScanner

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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
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: red centro oriente	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: epidemiologiasubredcentrooriente@gmail.com	
TELÉFONOS: 3500056	FECHA DE INGRESO: DIA 15 MES 7 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: epidemiologa	DEPENDENCIA: vigilancia en salud publica	DIRECCIÓN: kr 3 a este 31c 21 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ejercito nacional de colombi	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3105509731	FECHA DE INGRESO: DIA 11 MES 10 AÑO 2001	FECHA DE RETIRO: DIA 10 MES 12 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO: odontologa	DEPENDENCIA: direccion sanidad ejercit	DIRECCIÓN: calle 5 7 19	

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	16	4
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	16	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

Bogota / 21/01/2019.

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 52216500 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección calle 3 a n 39 41 apt 502 **Teléfonos** 3108341219 3755061

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DANNA ALEJANDRA CAÑAVERAL	1032679772	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	$ 34.500.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 34.500.000,00

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 A VILLAS	AHORROS	007907749	RESTREPO	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	hipotecado	$ 180.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
davivienda	hipoteca	$ 90.000.000,00

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

Scanned by CamScanner

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C○ C.E○ T.I.○	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
red centro oriente	prestación de servicios

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-ene-2019
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

La Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Institución Universitaria con Personería Jurídica 2105 del 29 Marzo de 1974 del Ministerio de Educación Nacional

ESCUELA DE MEDICINA

En nombre de la República de Colombia,
por autorización del Ministerio de Educación Nacional y

Teniendo en cuenta que

Nicol Johanna Borray Santofimio

C.C. 52.216.500 de Santafé de Bogotá, D.C.

culminó satisfactoriamente los estudios de Postgrado y cumplió con todos los requisitos exigidos por la Ley, le confiere el título de

Especialista en Epidemiologia

Código 270756140401100111100

Bogotá, D.C. Febrero 3 de 2012

No: EP-459

Rector

Decano

Secretario General

Director del Programa

Registrado: Libro 1 Folio 24
Bogotá, D.C. Febrero 3 de 2012

POS 01

Scanned by CamScanner

LA FUNDACION

TENIENDO EN CUENTA QUE

Nicol Johanna Borray Santofimio

IDENTIFICADO (A) CON LA C.C. No. 52.216.500 Bogotá

HA CURSADO LOS ESTUDIOS Y HA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS
PARA OPTAR EL GRADO UNIVERSITARIO EN LA

Facultad de Odontología

LE OTORGA,
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
EL TITULO DE:

Odontólogo

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA,

EN Bogotá A LOS Siete DIAS DEL MES DE Septiembre DE EL AÑO 2001

PRESIDENTE RECTOR DECANO SECRETARIO GENERAL

Registro No. 3062
Anotado al Folio No. 78 Libro 01
Bogotá, D.C., República de Colombia
Día 7 Mes Septiembre Año 2001
SECRETARIA GENERAL

Personería Jurídica resolución 2385 de Agosto 1 de 1958 - MEN
Acuerdo 037 de 1994 Expedido por el Mie

DIPLOMA No. 1123

Scanned by CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

La **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS**
es una Institución de carácter privado, con Personería Jurídica No. 2105 del 29 de Marzo de 1974, expedida por el Ministerio de Educación Nacional, la cual esta autorizada para expedir títulos de ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA, según código del programa 3842 emanado del ICFES y Registro Calificado otorgado mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 8931 del 13 de Noviembre de 2009.

ACTA DE GRADO No. 200

En la Ciudad de Bogotá D.C., el día 03 de Febrero de 2012, se hizo presente en la Secretaría General NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO identificada con cédula de ciudadanía número 52,216,500 de Santa Fe De Bogota, quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes exigidas por el Gobierno Nacional, y previo el juramento reglamentario confirió el título de:

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA

A

NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

y le otorga el Diploma No. EP-459 registrado en el libro 1, folio 24.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Bogotá, D.C., el día tres (03) del mes de Febrero de dos mil doce (2012).

Dr. Fernando Noguera Arrieta
Secretario General

FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
GENERAL

Scanned by CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Sede Bogotá, D.C.
Registro ICFES No. 27094617060110011110O

ACTA DE GRADO No. 089

En la ciudad de Bogotá, D.C., siendo las 3:00 p.m., del día siete (7) de Septiembre del año dos mil uno (2.001), se reunieron en la Corporación Centro de Convenciones " Gonzalo Jiménez de Quesada ", los doctores: Jaime Villamizar Lamus, Rector; José Ricardo Caballero Calderón, Secretario General; Oscar Armando Hormiga León, Decano de la Facultad de Odontología y Rigoberto Antonio Alvear Luján, Secretario Académico de la Facultad de Odontología; con el objeto de realizar la ceremonia de graduación de la Trigésima Promoción de ODONTÓLOGOS, debidamente autorizados por el Consejo Académico según Acta No. 25 del catorce (14) de Agosto del año dos mil uno (2.001), a los alumnos que se relacionan a continuación, quienes acreditaron el cumplimiento del programa aprobado por el Plenum de la Fundación, mediante Acuerdo No. 037 del cuatro (04) de noviembre de mil novecientos noventa y cuatro (1994).

Nicol Johanna Borray Santofimio C.C. 52.216.500 Santafé de Bogotá D.C

Los graduandos cumplieron con todos los requisitos legales y reglamentarios de la Fundación, haciéndose acreedores al título de: ODONTÓLOGO.

Luego el doctor JAIME VILLAMIZAR LAMUS, tomó a los graduandos el juramento de rigor, concebido en los siguientes términos:

"JURAIS ANTE DIOS Y LA PATRIA OBEDECER LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPUBLICA, PROFESAR AMOR, RESPETO Y ETICA A LA PRACTICA DE VUESTRA PROFESIÓN, ENALTECIENDO POR SIEMPRE SU NOMBRE Y EL DE TODOS VUESTROS COLEGAS PARA SER EJEMPLO DE HONESTIDAD, LEALTAD Y VOLUNTAD DE SERVICIO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA?

Los graduandos contestaron afirmativamente.

SI ASI LO HICIEREIS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIE, SI NO EL Y ELLA OS LO DEMANDE.

Acto seguido, se efectuó la entrega de premios de que fueron merecedores algunos graduandos.

Finalmente, el Secretario General, leyó el Acta de Graduación correspondiente, y el Señor Rector dio por terminada la ceremonia, siendo las 5:00 p.m.

Para constancia se firma la presente Acta, en Bogotá, D.C., a los siete (7) días del mes de Septiembre del año dos mil uno (2001).

JAIME VILLAMIZAR LAMUS (Fdo.)
Rector

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN (Fdo.)
Secretario General

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente.

Se deja constancia que el diploma se encuentra registrado bajo el No. **003062** anotado al folio No. 78 del libro No. 01 de fecha siete (7) de Septiembre del año dos mil uno (2.001).

Se expide en Bogotá, D.C., a los siete (7) días del mes de Septiembre del año dos mil uno (2.001).

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN
Secretario General

Scanned by CamScanner

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

Hospital Rafael Uribe Uribe

certifica que:

NICOL BORRAY

Cedula de Ciudadanía **52.216.500**

Asistió al curso de formación en rehabilitación basada en comunidad RBC, con una intensidad de 60 horas.

Bogotá Julio de 2012

HÉCTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACÍN
GERENTE

BOGOTÁ HUMANA

Nuestro Compromiso: Salud con Calidad para Todas y Todos

La Secretaría Distrital de Salud y Hospital Chapinero

Certifica que

Nicol Johana Borray Santofimio

c.c. 52.216.500

Participó en el **I Encuentro de Saberes de Salud Oral - 2011**
con una intensidad horaria de 8 horas

Bogotá, Junio 24 de 2011

JUAN E. VARELA B.
Secretario Distrital de Salud (E)

RICARDO ROJAS HIGUERA
Director de Salud Pública

GERMÁN DE LA CRUZ ARRIETA VIOLET
Gerente Hospital Chapinero

BOGOTÁ BICENTENARIO de la Independencia de Colombia

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG BOGOTÁ POSITIVA GOBIERNO DE LA CIUDAD

SECRETARÍA DE SALUD

BOGOTÁ BICENTENARIO de la Independencia de Colombia

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

y el Hospital Chapinero ESE certifican que:

NICOL JOHANA BORRAY

Identificada con c.c 52.216.800

Aprobó el Curso de Agentes Comunitarios en Salud de las Estrategias AIEPI - IAMI - AFI

Realizado en Bogotá D.C. En el período del 29 de Abril al 25 de Mayo de 2011

Con una Intensidad Horaria de 45 horas teórico prácticas

GERMAN DE LA CRUZ ARRIETA VIOLET

Gerente Hospital Chapinero E.S.E.

Secretaria Distrital de Salud

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Chapinero

JANETH CARRILLO

Coordinadora Salud Pública

Hospital Chapinero E.S.E.

BOG BOGOTÁ POSITIVA

Universidad de La Sabana

FACULTAD DE MEDICINA

certifica que

NICOLE JOHANNA BORRAY

ASISTIÓ AL "**CURSO DE COMITES BIOÉTICOS CLÍNICOS ASISTENCIALES**" REALIZADO LOS DÍAS 10, 24 Y 31 DE JULIO DE 2009, CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 20 HORAS

Campus Universitario Puente del Común,
Chía, Cundinamarca - Colombia

PABLO ARANGO RESTREPO
Director Departamento de Bioética

NUBIA POSADA GONZÁLEZ
Coordinadora del Curso

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIDAD DE POSGRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA

DRA. NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

Participó en el curso

RADIOPROTECCIÓN

del 21 de Octubre de 2005 al 23 de Octubre de 2005

con una intensidad total de Treinta horas.

En constancia se le expide el presente certificado de asistencia y se refrenda con el sello de la Facultad

Bogotá, D.C., 23 de Octubre de ,2005

Decano Académico

Coordinador Educación Continuada

Decano del Medio Universitario



XXIII Congreso Nacional de Odontología

" Rafael Torres Pinzón "

Seccional Bogotá D.C. - Cundinamarca

Certifica que

NICOL JOHANNA BORRAY

Participó como: ODONTOLOGO

En XXIII Congreso Nacional de Odontología "Rafael Torres Pinzón" por haber asistido a este magno evento de la Odontolgía Colombiana

Dado en Bogotá, D.C. Agosto 13,14,15 del 2004

Dr. Alfonso Castro Castro
Presidente Comite Ejecutivo Nacional
Presidente del Congreso

Dr. Mario Calderón Jiménez
Presidente Seccional Bogotá, D.C y Cundinamarca
Vicepresidente del Congreso

Dr. Jaime Ocampo Palacio
Presidente Comite Organizador

Dr. Diego Grimaldo Calderón
Director General del Congreso

Dr. Isauro Enrique Abril Parra
Director Académico Congreso

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

LigaSida

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. | Bogotá Humana

Secretaría de Salud



1er Seminario Internacional de Sexualidad | Reconociendo la Diversidad

CERTIFICACIÓN

La Organización Panamericana de La Salud, la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, certifican que: NICOL BORRAY con Cédula de Ciudadanía número: 52216500 participó en el Primer Seminario Internacional de Sexualidad: Reconociendo la Diversidad, desarrollado los días 12, 13 y 14 de noviembre de 2014 en la ciudad de Bogotá D.C.

Se firma el día 14 de noviembre de 2014

JORGE PACHECO CABRALES
Director

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

LigaSida

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. | Bogotá Humana

Secretaría de Salud

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria San Martin.

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Nicol Johanna Bomy Saavedra. 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:

Odontologa

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Nicol Bomy

No. de documento: 52.216.500

Tarjeta profesional No: 52.216.500.

Dirección de contacto: Cl 30 # 30-41 Apt 302.

Teléfono: 3108341219.

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria Juan N Corpas.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Nicol Johanna Bonay 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:

Especialista en Epidemiología.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Nicol Bonay

No. de documento: 52.216.500.

Tarjeta profesional No: 52.216.500.

Dirección de contacto: Cl 39 # 39-41 Apt 502

Teléfono: 3108341219.

Scanned by CamScanner

S&A
Servicios & Asesorías s.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

LA SUSCRITA JEFE DE PERSONAL
CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA**, identificado (a) con cedula de ciudadanía numero **52.216.500** labora como trabajador en misión para nuestra empresa cliente **HOSPITAL DE CHAPINERO E.S.E** desempeñando el cargo de **ODONTOLOGO** desde 01 de Junio de 2010 hasta el 24 de Diciembre de 2010, del 08 de Febrero de 2011 hasta el 22 de Enero de 2012, del 16 de Febrero de 2012 a la fecha.

Con un contrato de trabajo por obra o labor determinada devengando un salario básico mensual de $882.000 OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS MCTE, con una prima de disponibilidad de $505.751 QUINIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENATA Y UN PESOS MCTE, con un auxilio de transportes de $67.800 SESENTA Y SISTE MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE, para un total $1.455.551 UN MILLON CUATROCIENTOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS MCTE.

Se expide a solicitud del interesado a los (15) días del mes de MARZO de 2012 en la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

ANA MILENA RUIZ
COORDINADORA DE SERVICIO AL CLIENTE.
SERVICIOS & ASESORIAS S.A.
NIT 890.312.779-7.

LE 23 A Norte No. 4N-11 - PBX: 524 3666 - 652 8400 - FAX: 668 3406 - CEL: 315 5601819 - licitacionescali@serviasesorias.com.co /
CALLE 2 No. 12-25 - TELS: 331 2851 - 331 6249 - FAX: 331 6237 - CEL: 315 575 9582 - syapereira@serviasesorias.com.co /
N CRA. 69 No. 46B-46 - TELS: 260 6727/2004 - FAX: 260 7663 - CEL: 315 575 9576 - syamedellin@serviasesorias.com.co / BOGOTA,
6 No. 46-23 - P.B.X.: 323 0622 - 245 2644 - FAX: 232 7331 - CEL: 315 575 9578 - licitacionesbta@serviasesorias.com.co /
CALLE 70 No. 50-03 Of. 11 C.C. LOS ROBLES - TELEFAX: 345 6521 - CEL: 315 575 9581 -
TEL: 261 0128 - 263 2133 - CEL: 316 465

ISO 9001
ISO 14001
OHSAS 18001
BUREAU VERITAS

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTR ACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con **NIT**. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**. suscribió en su momento el contrato con **NICOL JOHANNA BORRAY,** con C.C. No **52.216.500,** con cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

N° OPS	VIGENCIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1112	2014	08 de Enero de 2014	02 de Febrero de 2015
240	2015	03 de Febrero de 2015	31 de Enero de 2016
276	2016	11 de Febrero de 2016	14 de Febrero de 2016
925	2016	15 de Febrero de 2016	31 de Mayo de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SEVICIOS ESPECIALIZADOS EN EPIDEMIOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PÚBLICA COMPONENTE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1.-Realizar direccionamiento técnico según los lineamientos distritales del sistema de vigilancia epidemiologica – SIVIGILA

2.- Realizar seguimiento a las intervenciones realizadas desde consolidación de red, sistemas de información, análisis de situación en salud, Urgencias y emergencias y otras intervenciones individuales y colectivas.

3.- Realizar la elaboración del plan de acción y seguimiento mensual del mismo

4.- Realizar el reporte de indicadores institucionales de manera oportuna

5.- Realizar la entrega oportuna de productos en cumplimiento a los lineamientos distritales

6.- Realizar pre auditoria al proceso

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Se expide la presente certificación a solicitud de contrato **NICOL JOHANNA BORRAY**, en Bogotá D.C. a los Dos (02) días, del mes de Mayo de 2016

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur, oficina de OPS.

Cordialmente,

MASSIEL MAGALY NEIRA GONZALEZ
Profesional Universitario I OPS

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

Revisó: Massiel Magali Neira González–Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe
Elaboró: Claudia Jiménez – Auxiliar Administrativo II-Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.216.500**

BORRAY SANTOFIMIO

APELLIDOS

NICOL JOHANNA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1977**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-OCT-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00664995-F-0052216500-20150209 **0042**735047A 1 1443218214

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: 14397436287

(415)7707212489984(8020) 000001439743628 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 2 1 6 5 0 0	9	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	5 2 2 1 6 5 0 0	1 9 9 5 1 0 1 7

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BORRAY	SANTOFIMIO	NICOL	JOHANNA

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: CL 3 A 39 41 BL 3 AP 502

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
nicolborray@gmail.com		3 7 5 5 0 6 1	3 1 3 5 8 5 8 2 4 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 6 1 2 1 3	8 6 2 2	2 0 0 3 0 6 2 5				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	1	2	5																							

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 6 1 2 1 3

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 13-12-2016 09:54:15A

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 13-12-2016
Hora: 3:51:01 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52216500-9 NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

Información General

Dirección CLL 3 A 39 41 BL 3 AP 502

Teléfonos 3755061-3135858247

Dirección electrónica nicolborray@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/10/2012

Soporte Inscripción 14654645

Fecha Inicio Actividades 06/06/2003

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 86221-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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 SAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

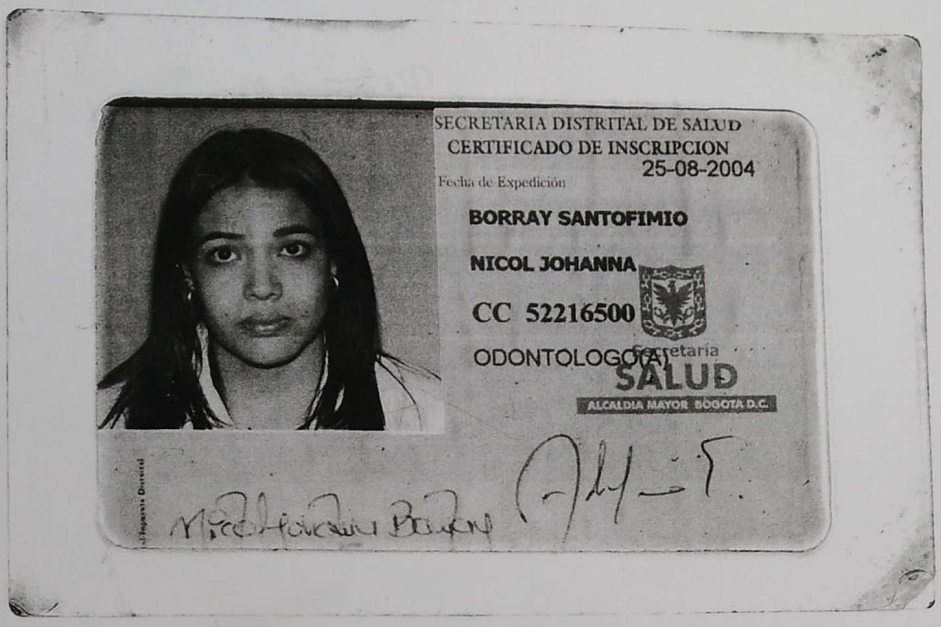
Código de Verificación de Información: 16001461382

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
Fecha de Expedición 25-08-2004

BORRAY SANTOFIMIO
NICOL JOHANNA
CC 52216500
ODONTOLOGO(A)

Secretaría SALUD
ALCALDIA MAYOR BOGOTA D.C.

Registro Distrital

Scanned by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DEL CAQUETA
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
NIT. 800198972-6

RESOLUCION NUMERO 18 00384 **DE 2003**

POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

El Director del Instituto Departamental de Salud del Caquetá, de Conformidad con el Decreto 001875 del 3 de agosto de 1994, del Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto No. 0334 de 1956 y Resolución 00053 del 31de enero de 1995, del Servivio Seccional de Salud del Caquetá, y

CONSIDERANDO

Que, **NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO** ***
Identificado con No. **52216500 de BOGOTÁ** ***
ha solicitado autorización del ejecicio profesional, com**ODONTOLOGO** ***
según titulo que le otorgo FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
Según Acta de Grado No. 089 y Diploma No. 003062 de 7/09/2001

Que dicho TITULO se encuentra debidamente registrado al folio No. 78 del Libro 01 del **7/09/2001** **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN**

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el **HEROES DEL GUEPI**
del Municipio de FLORENCIA (CAQUETA)
En el Periodo comprendido entre 20/08/2002 al 20/02/2003

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO : Autorizar a : **NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO** ***
con Cédula de Ciudadania No. **52216500 de BOGOTÁ** ***
Para ejercer la profesión de **ODONTOLOGO** ***
en el Territorio Nacional.

CUMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Florencia (Caquetá), 24 FEB. 2003

MIGUEL DELIO ESPINOSA SANCHEZ
Director

Resolucionprof

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52216500

Primer Nombre *

NICOL

Primer Apellido *

BORRAY

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2019-01-22→7:48:53 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52216500	NICOL	JOHANNA	BORRAY	SANTOFIMIO	Ver

Información Detallada [CC: 52216500] NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

2019-01-22→7:48:53 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Odontología	2003/2/24	GOBERNACIÓN DEL CAQUETA

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).

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989

No. CERTIFICADO: TNEO2019-0187

LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona identificada con la cédula de ciudadanía No. 52216500, NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día miércoles, 23 de enero de 2019 a las 08:08

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 2003 de 2014, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respetivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

La firma mecánica plasmada en este documento tiene plena validez para todos los efectos legales, según lo establecido en la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2150 de 1995.

EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS
Abogada Secretaria

Para verificar la validez de este certificado puede ingresar a la página
http://www.tribunaleticaodontologica.org/tneo/validacertifica.aspx o escanee el código QR

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1			
NEUMOCOCO	1			
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRÁBICA	1			
	2			
	3			
F.TIFOIDEA	1			
T.VIRAL	1			
	2			

Centro Especializado de Vacunación
IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nº 09194

Centro Especializado de Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 • Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Nicol Johanna Borray S.

IDENTIFICACIÓN: 52216500

TELÉFONO: 3108341219 F.N.: 06-05-77

Carrera 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya

Tel.: (01) 804 1005 - 408 2180 - Cel.: 310 674 8224 - 320 420 1713

e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com • www.vacunarcolombia.co

Scanned by CamScanner

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	26 MAR 2018	HEPAVAX L. 1434033.01 V. 2020-01-09	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.304.707-3
	2	30 MAYO 2018	HEPAVAX L.1434034,02 V.01-10-2020	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.304.707-3
	3	10 OCT 2018	0324-79066 V 30-06-20	
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
	2			

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	LOTE No.	
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			

Centro Especializado de Vacunación
IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

Scanned by CamScanner

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

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-
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud

830.015.894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 12 | 9 | 2016

EXAMEN: X Preocupacional o Ingreso | Pos-ocupacional o Egreso | Periódico

NOMBRES: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO C.C. 52.216.500 EDAD: 37 SEXO M

EMPRESA: SUBRED CENTRO ORIENTE CARGO: EPIDEMIOLOGA Tel.: Cel. 3108341219

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral	X	
Espirometria		
Audiometria		
Visiometria		
Optometría		
Electrocardiograma		
Psicología Laboral		
Radiología (Tórax)		

	NORMAL	ANORMAL
Respiratorio	X	
Dermatología	X	
Osteomuscular	X	
Cardiovascular	X	
Vacunas		
Prueba de Equilibrio		
Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hemático IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		

	NORMAL	ANORMAL
Serología		
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) — Según Res. 1409 del 23 de Julio

	SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	SI	
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo		
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel		

	SI
Aplazado	
No apto para este cargo	

Examen PERIODICO satisfactorio SI — NO — Examen de EGRESO satisfactorio SI — NO

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	✓	6. Control Audiometrico		11. Estilos de Vida Saludable	
2. Pausas Activas	✓	7. Uso de Doble Proteccion Auditiva		12. Evitar Posturas Prolongadas	
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	✓	8. Control Optometrico Periodico		13. Uso de Medias de Compresión Gradu	
4. Uso de Elementos de Protección Personal	✓	9. Uso de Lentes permanentes		14. Valoración y Manejo en IPS	
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral		10. Control de Tension Arterial			

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligat

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o oc que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coherción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento ant de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud Ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la cor o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Emp cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a lo anterior y que

Firma Trabajador

C.C. No. 52.216.120

umedltda@gmail.com - info@umed

Scanned by CamScanner

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2019-01-21	CIUDAD:	bogota	DEPARTAMENTO:	cundinamarca

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	Epidemiologa

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BORRAY	SANTOFIMIO	NICOL	JOHANNA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐	52216500	BOGOTA	2005-10-18
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☒		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1979-05-06	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐	1	1	3108341219

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 3A N 39 -41	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	3108341219

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
	NICOLBORRAY@GMAIL.COM	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	☐	NO ☐	7492	
		NO ☐	ICA	☐	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR			SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐

Scanned by CamScanner

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ ANCIERA TRANSPORTE ☐ ALIMENTOS ☐ ICAMENTOS ☐ ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 3.600.000	GASTOS FAMILIARES	$ 1.300.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 1.200.000	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 900.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 3.600.000	TOTAL EGRESOS	$ 3.400.000	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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OSORIO		JHON	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
KR 4 ESTE 90 48 SUR	BOGOTA	AMIGOS	3203047517

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO AV VILLAS	AHORROS	7907749	RESTREPO	3555505

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
BANCO AV VILLAS	AHORROS	7907749	COLOMBIA		5000

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

☐ORTACION EX☐TACION TRANSFE☐CIAS PREST☐S PAGO SERVICIOS O☐ ☐ 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.):

ODONTOLOGA

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias 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 dias 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) dias, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR.CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la 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 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 utilizacion no requerirá 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 tecnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Scanned by CamScanner

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni 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.

Scanned by 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 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 externos, 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 cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

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

5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica 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 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, 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 surlaftca.subredcentrooriente.gov.co*) y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha		**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

Scanned by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2019

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52216500
NOMBRES Y APELLIDOS	Borray Santofimio,Nicol Johanna
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Borray Santofimio,Nicol Johanna, a los 22 días del mes de enero del año 2019.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52216500,** se encuentra afiliado (a) desde **01/10/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/10/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de enero de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

52.216.500	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Nicol	Johanna	Borray	Santofimio

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
06/05/1977	Bogotá	CL 34 39-41	3755061

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Sanitas	Colpensiones.	$ 3.600.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Odontólogo Especializado.	

Correo Electrónico	Celular
nicolborray@gmail.com	3108341219

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121003422

WEB
16:29:47

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) NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52216500:

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 16:26:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52216500
Código de Verificación	522165001901211626l2

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. 2711359

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 16:24 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) **NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL QUINIENTOS** de BOGOTA D.C

52216500

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

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_IXZH6_2416
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 16:21:11 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52216500**
Apellidos y Nombres: **BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA**

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

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

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

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

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco AV Villas
NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"
NIT 860035827 - 5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFI identificado con el documento No. 52.216.500

posee en la oficina RESTREPO (005) *una cuenta de ahorros*

No. 007907749 desde el 3 de Marzo de 2017

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Marzo de 2017

Atentamente,

P/P
Gerente Oficina Bogota Restrepo

Esta certificación tiene un costo de $ 9.010,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá *reflejado en el extracto de la misma.*

CAP-IM1-119-V1

Scanned by CamScanner