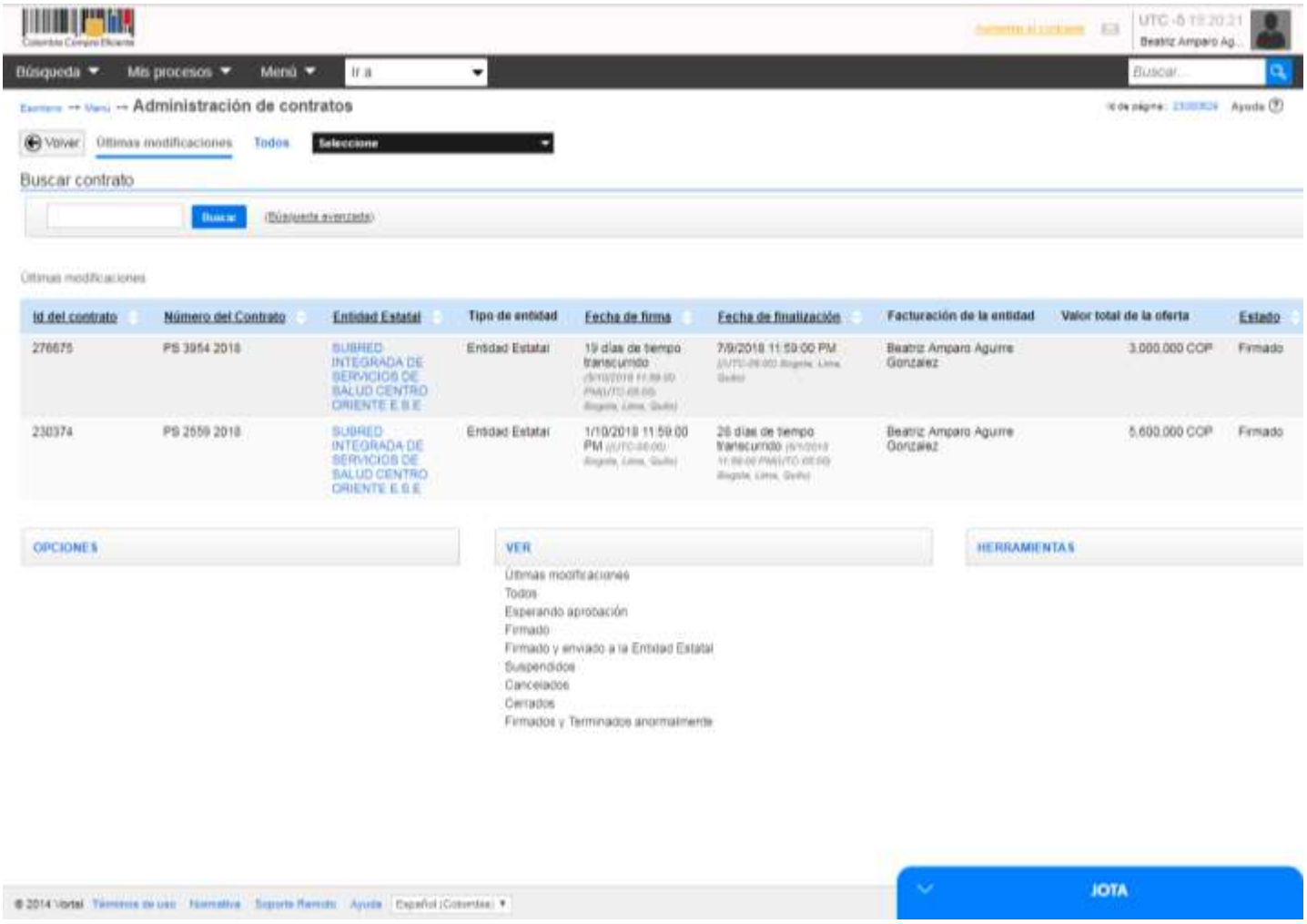

Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Administración de contratos
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
276675
PS 3954 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
19 días de tiempo transcurrido
7/9/2018 11:59:00 PM
Beatriz Amparo Agurre Gonzalez
3.000.000 COP
Firmado
230374
PS 2659 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
1/10/2018 11:59:00 PM
28 días de tiempo transcurrido
Beatriz Amparo Agurre Gonzalez
5.600.000 COP
Firmado
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
JOTA

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
AGUIRRE	GONZALEZ	BEATRIZ AMPARO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52238999

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 18 MES 01 AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 71 G SUR 18 H 52

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTA

MUNICIPIO BOGOTA

TELÉFONO 3016782407 EMAIL hermosaluciada@gmail

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 1996

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC.	IL	X		AUXILIAR DE HIGIENE ORAL	01	2003	52238999

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED CENTRO ORIENTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTA	BOGOTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 10 MES 05 AÑO 2018	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
HIGIENISTA ORAL	SALUD PUBLICA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA CENTR ORIENTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTA	BOGOTA	ued@subdcentroorient.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3023348031	DÍA 14 MES 03 AÑO 2017	DÍA 29 MES 04 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
HIGIENISTA ORAL	PROYECTO UEI	KR 10 1-38

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE SAN CRISTOBAL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTA	BOGOTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 10 MES 04 AÑO 2010	DÍA 30 MES 03 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
HIGIENISTA ORAL	SALUD PUBLICA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTA	BOGOTA	www.odontologiaespecializad

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2154848	DÍA 27 MES 09 AÑO 2007	DÍA 10 MES 04 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
HIGIENISTA ORAL	ASISTENCIAL	CL 106 14 B 24

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	7	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento BOGOTA 30 MAYO 2018

AMPARO AGUDELO GONZALEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 52238999 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
CL. 71 G SUR 18 H 52	3016782407

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
HEIDY MAYLBE CARRION AGUIRRE	1023965084	HIJA
W. ADRIANA CARRION AGUIRRE	1016596072	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [X], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	13.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	13.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORRO	008480320012	20 DE JULIO	200.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
COLEGIO CDA	PENSION	85.000
SERVICIOS PUBLICOS	AGUA, LUZ, GAS, TELEFONO	400.000
UNIVERSIDAD	SEMESTRE	500.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI [X] NO [ ] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
JUAN DE JESUS CARRION	C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	79766855

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

BOGOTA 30 MAYO 2018
CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre el:

Centro Educativo Distrital Nocturno

"León de Greiff"

Santafé de Bogotá, D.C.

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
Según Resolución No 2332 del 19 de Marzo de 1997

El (la) señor(a):

Beatriz Amparo Aguirre González

Identificado(a) con T.I. No. 52.238.999 Expedida en Santafé de Bogotá, D.C.

Ha cursado y aprobado

Bachillerato Académico

Otorgo los Logros que establece la Ley 115 de 1994 y Decreto reglamentario 1860 de 1994 correspondientes al grado once (11) de Educación Media Académica.

Rector Secretario

Anotado en el Libro del Colegio No. ... Folio ...

Nota: No se requiere Registro Según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994
Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 30 de Noviembre de 1998

IMPRENTA JUSTICIA ALEMANA

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL

ASOCIACION PARA LA ENSEÑANZA DE TECNICAS DENTALES

A S T E D E N T

Con autorización oficial según Acuerdo Ejecutivo No. 13 Diciembre 12 de 1995 del Consejo Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud, resolución No. 6180 Noviembre de 1996 emanada de la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

OTORGA EL CERTIFICADO DE CONOCIMIENTOS ACADEMICOS EN

AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLOGICO

A:

Beatriz Amparo Aguirre González

C.C. 52.238.999 de Bogotá, D.E.

CON UNA DURACION DE 820 HORAS CURRICULARES

Dado en Santafé de Bogotá D.C. a los 30 Días del mes de Septiembre del año 2000

Dirección General

Secretario Académico

Director Académico

Director del Programa

Registro folio No. 22 del libro de certificados 1

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL

ASOCIACION PARA LA ENSEÑANZA DE TECNICAS DENTALES

A S T E D E N T

Con autorización oficial según Acuerdo Ejecutivo No. 13 Diciembre 12 de 1995 del Consejo Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud, resolución No. 6180 Noviembre de 1996 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

OTORGA EL CERTIFICADO DE CONOCIMIENTOS ACADEMICOS EN

HIGIENE ORAL

A:

Beatriz Amparo Aguirre González

C.C. 52.238.999 Santafé de Bogotá, D.C.

CON UNA DURACION DE 700 HORAS CURRICULARES

Dado en Bogotá D.C. a los 17 días del mes de Enero del año 2003

Dirección General

Director Académico

Secretario Académico

Director del Programa

Registro folio No. 21 del libro de certificados 1

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL NOCTURNO "LEON DE GREIFF"

CARRERA 17B No. 68-16 SUR. TELEFONO : 7652380
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E.D. :6800 ***Inscripción DANE : 111001127225***

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los treinta (30) días del mes de Noviembre de 1996, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL NOCTURNO "LEON DE GREIFF", Institución aprobada en el Nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 2552 de Marzo diez y nueve (19) de 1997.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursarón y aprobarón los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO a los Graduandos cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se relacionan a continuación :

AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO C.C. No. 52.238.999 DE SANTAFE DE BOBOTA D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No 003 del 30 de Noviembre de 1996 que consta de cincuenta y ocho (58) alumnos que comienza con el nombre de AGUILAR CASAS HILVAR JOSUE y se cierra con el nombre de VELEZ ZULUAGA CLAUDIA LILIANA. Firmada por EDGAR ANGULO RICARDO (RECTOR) y MARTHA HELENA INFANTE BONILLA (SECRETARIA).

Dada en Santafé de Bogotá, D.C., a los treinta (30) días del mes de noviembre de 1996.

EDGAR ANGULO RICARDO
Rector
C.C. No. 9'518.888 de Sogamoso

MARTHA HELENA INFANTE BONILLA
Secretaria
C.C. No 51'890.940 de Bogotá

ASOCIACION PARA LA ENSEÑANZA DE TECNICAS DENTALES
ASTEDENT
PERSONERIA JURIDICA No. 0254 DE MAYO 10 DE 1989 - RESOLUCION 3199 DIC./90 Y 146 ENERO DE 1994
SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA - ACUERDO EJECUTIVO No. 03 DE JULIO DE 1993 - MINISTERIO DE SALUD

Los suscritos Director General y Secretario Académico de
La Asociación para la Enseñanza de Técnicas Dentales - ASTEDENT-

ACTA DE GRADO INDIVIDUAL

Alumna : **BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ**
Portadora de la C.C. : 52.238.999 Expedida en : Bogotá, D.E.
y que a la letra dice : Acta No. 018

En la ciudad de Bogotá, D.E., a los treinta (30) días del mes de septiembre de dos mil (2.000) en el Teatro del Centro Integral de Servicios de Colsubsidio, siendo las tres (3:00) de la tarde y ante la presencia del señor Director General Doctor **JORGE ISAAC CORREDOR TORRES**, de la madrina de la promoción **Doctora BERTHA LILIANA CASTAÑEDA BETANCOURTH** del secretario de la misma **Doctor WILLIAM EDUARDO FAYAD BAJAIRE** y demás directores integrantes del Comité Docente de la Asociación para la Enseñanza de Técnicas Dentales **ASTEDENT**, se llevó a cabo la ceremonia de entrega de certificados de los alumnos que culminaron su programa académico y que por lo tanto cumplieron con la totalidad de requisitos exigidos por los estatutos y reglamentos de la Institución.

El **Doctor JOSE ARNULFO RIVERA BUSTAMANTE,** tomó a los graduandos el juramento estatutario e hizo entrega a cada uno de ellos del Certificado de conocimientos académicos en **AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLOGICO** que otorga la Asociación para la Enseñanza de Técnicas Dentales **ASTEDENT**, según aprobación contenida en el Acuerdo Ejecutivo No. 13 Diciembre 12 de 1.995 del Consejo Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud, Resolución No. 6180 de Noviembre de 1.996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Se deja constancia de que el graduando terminó sus estudios en el año 2.000.

Dr. JORGE ISAAC CORREDOR TORRES
Director General

Dr. WILLIAM EDUARDO FAYAD BAJAIRE
Secretario Académico

ASOCIACION PARA LA ENSEÑANZA DE TECNICAS DENTALES

ASTEDENT

PERSONERIA JURIDICA Nº 0254 DE MAYO 10 DE 1989 - RESOLUCION 3199 DIC./90 Y 146 ENERO DE 1994
SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA - ACUERDO EJECUTIVO Nº 03 DE JULIO DE 1993 - MINISTERIO DE SALUD

Los suscritos Director General y Secretario Académico de la Asociación para la Enseñanza de Técnicas Dentales - ASTEDENT -

ACTA DE GRADO INDIVIDUAL

Alumna: **AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO**
Portadora de la C.C. 52.238.999 Expedida en : Santafe de Bogotá D.C.
y que a la letra dice: Acta No.: 17

En la ciudad de Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de Enero de dos mil tres (2.003) en el Auditorio del Centro Integral de Servicios de Colsubsidio, siendo las tres (3:00) de la tarde y ante la presencia del señor Director General Doctor **JORGE ISAAC CORREDOR TORRES**, de la Madrina de la promoción La profesora **LUISA FERNANDA MAESTRE** , del secretario de la misma Doctor **WILLIAM EDUARDO FAYAD BAJAIRE** y demás directores del Comité Docente de la Asociación para la Enseñanza de Técnicas Dentales **ASTEDENT**, se llevó a cabo la ceremonia de entrega de certificados de los alumnos que culminaron su programa académico y que por lo tanto cumplieron con la totalidad de requisitos exigidos por los estatutos y reglamentos de la Institución.

El Doctor **ABBES EDUARDO FAYAD BAJAIRE** tomó a los graduandos el juramento estatutario e hizo entrega a cada uno de ellos del Certificado de conocimientos académicos en **HIGIENE ORAL** que otorga la Asociación para la Enseñanza de Técnicas Dentales **ASTEDENT**, según aprobación contenida en el Acuerdo Ejecutivo No. 13 Diciembre 12 de 1.995 del Consejo Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud, Resolución No. 6180 de Noviembre de 1.996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafe de Bogotá D.C.

Dr. JORGE ISAAC CORREDOR TORRES
Director General

Dr. WILLIAM EDUARDO FAYAD BAJAIRE
Secretario Académico

Bogotá D.C

Señores:

ASTEDENT

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

AUXILIAR DE ODONTOLOGIA - AUXILIAR DE HIGIENE ORAL

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma AMPARO AGUIRRE

No. de documento: 52238 999

Tarjeta profesional No: 52238 999

Dirección de contacto: CALLE 71 G SUR 18 H 52

Teléfono: 3016782407 · 7905152

E.S.E
SAN
CRISTÓBAL
NIT. 800216538-0

LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA N°52238999 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes órdenes prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

No de Contrato	Valor	Fecha Inicial	Fecha Final
No Contrato 395-2013	$ 7,247,000	2013-03-01	2013-07-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO HIGIENISTA ORAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL.

OBLIGACIONES: 1. Prestar sus servicios como Higienista oral para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el termino establecido.

VALOR ADICIÓN		DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
$ 1,449,400		TREINTA (30) DIAS	2013-08-31
No Contrato 1414-2013	$ 4,500,000	2013-09-01	2013-11-30

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD ORAL TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL.

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

No Contrato 2343-2013	$ 3,000,000	2013-12-01	2014-01-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD ORAL TERRITORIOS SALUDABLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL.

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

VALOR ADICIÓN		DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
$ 1,500,000		UN(01) MES	2014-02-28
No Contrato 631-2014	$ 3,000,000	2014-03-01	2014-04-30

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD ORAL TERRITORIOS SALUDABLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL.

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

No Contrato 1208-2014	$ 4,500,000	2014-05-01	2014-07-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD ORAL TERRITORIALPARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL.

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

No Contrato 2144-2014	$ 1,500,000	2014-08-01	2014-08-31

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

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

No Contrato 2703-2014	$ 1,500,000	2014-09-01	2014-09-30

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD ORAL en TERRITORIOS SALUDBLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO EL F.F.D.

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

No Contrato 3419-2014	$ 1,400,000	2014-10-03	2014-10-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD ORAL en TERRITORIOS SALUDBLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO EL F.F.D.

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

No Contrato 3866-2014	$ 1,500,000	2014-11-01	2014-11-30

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD ORAL en TERRITORIOS SALUDBLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO EL F.F.D.

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

No Contrato 4703-2014	$ 1,500,000	2014-12-01	2014-12-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD ORAL en TERRITORIOS SALUDBLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO EL F.F.D.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Salud
Hospital San Cristóbal

LA ASESORA JURIDICA DE LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de Contratación, se constata que **BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ**, identificada con cedula de ciudadanía C.C. No. **52.238.999 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes contratos de Prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

Nº Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
539-2010	$ 2.016.667	21/04/2010	UN (1) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS
622-2010	$ 7.700.000	21/06/2010	SIETE (7) MESES
CON UNA TERMINACION BILATERAL A PARTIR DEL 01 DE ENERO DE 2011			
498-2011	$ 2.799.667	15/02/2011	DOS (2) MESES Y CATORCE (14) DIAS
ADC. 498	$ 1.210.667	29/04/2011	UN (1) MES Y DOS (2) DIAS
1010-2011	$ 5.675.000	01/06/2011	CINCO (5) MESES
ADC. 1010	$ 1.135.000	01/11/2011	UN (1) MES
CON UNA SUSPENSION A PARTIR DEL 01 DE ENERO DE 2012 Y HASTA EL 16 DE ENERO DE 2012			
331-2012	$ 6.512.733	15/02/2012	CINCO (05) MESES Y DIEZ Y SEIS (16) DÍAS
715-2012	$ 2.354.000	01/08/2012	DOS (02) MESES
ADC. 715	$ 2.354.000	01/10/2012	DOS (02) MESES
1227-2012	$ 2.829.764	01/12/2012	DOS (02) MESES
395-2013	$ 7.247.000	01/03/2013	CINCO (05) MESES
ADC. 395	$ 1.449.400	01/08/2013	UN (1) MES
1414-2013	$ 4.500.000	01/09/2013	TRES (03) MESES
2373-2013	$ 3.000.000	01/12/2013	DOS (02) MESES
ADC. 2373	$ 1.500.000	01/02/2014	UN (1) MES
631-2014	$ 3.000.000	01/03/2014	DOS (02) MESES
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO HIGIENISTA ORAL EN PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE EJECUTA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA			

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

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el día 21 de marzo de 2014

Cordialmente,

Virmary Angela ORTIZ HERRERA
Asesora Jurídica
ESE San Cristóbal
Elaboró: Armando Copete R-Tecnico Área Jurídica

ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA COLOMBIANA CLÍNICAS DENTALES S. A.,
NIT 900020963-8
Calle 108 No. 14 B 24 Tel 2154848 Bogotá D. C.

C E R T I F I C A QUE:

AMPARO AGUIRRE GONZALEZ, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.238.999 de Bogotá D.C, laboro en esta entidad, en el cargo de Higienista Oral, con contrato laboral a término indefinido, iniciando el 27 de Septiembre del 2007 finalizando 10 Abril 2010, con un salario mínimo legal vigente, mensuales.

La presente certificación se expide a solicitud verbal de la interesada, en Bogotá, D. C., a los nueve (9) días del mes de Agosto de dos mil dieciséis (2016).

Atentamente,

MARCELA CUBILLOS ROMERO
Gerente
310-3419321

Preservar Salud S.A.
I.P.S.
SOMOS VIDA
NIT. 830.062.765-2

LA UNIDAD DE GESTIÓN HUMANA DE PRESERVAR SALUD S.A. IPS

CERTIFICA QUE:

La señora, **BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ** identificada con la Cédula de Ciudadania No.52.238.999 de Bogotá, prestó sus servicios para la Institución desde el día 17 de Enero de 2005 hasta el día 13 de septiembre de 2007 mediante un Contrato Laboral a Término Indefinido, desempeñándose como **AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA E HIGIENISTA ORAL.**

Se expide la presente certificación a los dos **(2)** días del mes de octubre de 2007, a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

YENY EDITH HERRERA B.
Coordinadora de Gestión Humana

CC. Hoja de Vida.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.238.999**

AGUIRRE GONZALEZ

APELLIDOS

BEATRIZ AMPARO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ENE-1977**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-FEB-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00176440-F-0052238999-20090910 **0015**872772A 1 29170693

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Módulo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14223968727

(415)7707212489984(8020) 000001422396872 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 2 3 8 9 9 9	4	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 3 8 9 9 9	1 9 9 5 0 2 1 3

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
AGUIRRE	GONZALEZ	BEATRIZ	AMPARO

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 71 G SUR 18 M 52 BRR VILLA GLORIA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
hemasaludoral@gmail.com		7 9 0 5 1 5 2	3 1 6 7 4 9 2 7 5 4

CLASIFICACION

Actividad económica

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 2 0 1 3 0 1 1 6

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 CEBALLOS ACOSTA OSCAR JAVIER
985. Cargo: Gestor III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 01-02-2017
Hora: 4:53:56 PM

CONTRIBUYENTE CC 52238999 BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ

Información

Dirección	CL 71 G SUR 18 M 52 BRR VILLA
Teléfonos	7905152 3167492754
Dirección	hemasaludoral@gmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	01/02/2017
Soporte Inscripción	13870459
Fecha Inicio Actividades	01/04/1995
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
BEATRIZ AMPARO
AGUIRRE GONZALEZ
C.C. 52238999.

AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLOGICO
Expedicion 30/05/2014



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
BEATRIZ AMPARO
AGUIRRE GONZALEZ
C.C. 52238999

AUXILIAR DE HIGIENE ORAL
Expedicion 28/09/2012

Resolución No [illegible] *de* [illegible]

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1375 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) AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO identificado(a) con CC número 52238999 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE HIGIENE ORAL otorgado por LA ASOCIACION PARA LA ENSEÑANZA ASTEDENT el día 17/01/2003 y registrado en el libro 1 Folio 21 año 2003

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 AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO identificado(a) con CC número 52238999 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE HIGIENE ORAL en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo 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 Bogotá, D.C. a los 15/05/2003

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
Directora de Desarrollo de Servicios (E).

Bogotá, D.C. [illegible]
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) [illegible]
CC. # [illegible]
Firma.

BOGOTÁ PARA VIVIR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **4824** *de* **22/04/2014**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO Identificado(a) con CC número 52238999 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLOGICO otorgado por LA ASOCIACION PARA LA ENSEÑANZA ASTEDENT el día 30/09/2000.
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 AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO identificado(a) con CC número 52238999 expedida en BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLOGICO en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 22/04/2014

ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.
Reviso : Andrea Casas Vargas
Elaboro : Victor Sánchez

Bogotá, D.C 30 MAYO - 2014
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) BEATRIZ AMPARO AGUI
CC. # 52238999 BTA.
Firma

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 52238999

Primer Nombre *: beatriz

Primer Apellido *: aguirre

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52238999	BEATRIZ	AMPARO	AGUIRRE	GONZALEZ	Ver

Información Detallada [CC: 52238999] BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de consultorio odontológico	2014/4/22	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Auxiliar de higiene oral	2003/5/15	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).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	Junio 14/2004	E4501	
	2	Agosto 13/2009	E4080D	
	3	12-Dic/2010 lote	E4080D	
	4	12-Dic-2011		
	5	16.01.16.		
Contra Hepatitis B	1	22-III-04	IC01710	
	2	16-IV-04		
	3	25-VI-04		

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

HEPATITIS B (HEPAVAX-GENE®)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1a	Marzo 2/05		
	2a	Julio 10 07		
	3a			

TÉTANOS DIFTERIA (Dif-Tet-Adl)®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1a	Marzo 2/05		

INFLUENZA AGRIPPAL S1®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1			

VARICELA (VARICELLA VACCINE GCVC®)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1	Marzo 3/05		

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	Junio 14/009	EU4050	
	2	Agosto 13/009	EU4080D	
	3	12-Dbr/2010	lote EU4080D	
	4	12-Abril-2011		
	5			
Contra Hepatitis B	1	22-III-04	IC01710	
	2	16-IV-04		
	3	25-VI-04		

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

OTRAS	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a.			
HEPATITIS B	2a.			
HEPAVAX GENE	3a.			
		19-04 2018	1434032	

INFLUENZA AGRIPAL * SI	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1.			

VARICELA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1.			

VACUNACION
COD 110011377802
Blanca Rojas

HEPATITIS A EP AXAL*	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1.			

TRIPLE VIRAL MORUPAR*	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1.			

OTRAS	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a.			

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	AMPARO
Apellidos	AGUIRRE GONZALEZ
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 52.238.999
Fecha de Nacimiento:	Día: 18 Mes: 01 Año: 1977

BIOTOSCANA S.A.
Su Ángel protector en salud

CARRERA 21 No. 22-30 SUR - 2° PISO - CEL: 311 587 95 91
Barrio Olaya - Bogotá, D.C. Colombia
blanca.rojas98@hotmail.com

CARNET DE VACUNACIÓN

NIT. 41798614-6 CODIGO PRESTADOR 110010985301

Nombre:	Beatriz Amparo
Dirección:	Aguirre Gonzalez
Teléfono:	
H. C.:	52 238 999
Entidad Vacunadora	Mendez Gongora

CENTRO DE SALUD
FAMILIAR
PRONTOSALUD IPS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO

RESOLUCIONES 2346 de 2007 y 3673 de 2008 MPS

Sede / Orden: 35 / 000030023699977	**Fecha:** 26/12/2016	**Convenio:** PARTICULAR
Paciente: BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ	**Identificación:** 52238999	**Sexo:** MASCULINO
Tipo de paciente: AMBULATORIO	**Edad:** 39 años	**Servicio:** CONSULTA OCUP.
Médico tratante: ORLANDO DUQUE	**Empresa:** PARTICULAR	**Cargo:** HIGIENISTA

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Ocupacional y de aptitud fisica para trabajo en alturas y/o espacios confinados.
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	NORMAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NORMAL
3. OXIMETRIA DE PULSO: O2 AMBIENTE	97%
4. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	NORMAL
5. HEMOCLASIFICACION	O+ (POSITIVO)
6. GLICEMIA	NORMAL
7. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
10. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SIN ALTERACIONES

11. *VARIABLES FISICAS*	FRECUENCIA CARDIACA	69	PESO	62 Kg.	ESTATURA	1.55 CMS	TENSION ARTERIAL	100/80m

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

1. SIN RESTRICCIONES	X
2. CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
3. RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
4. APLAZADO	NO

ALTERACION	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDIOVASCULAR	NINGUNA		

- SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012: SI (X) NO ( )

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Orlando Duque *Medico ocupacional* *R.M 80.370.222 UNC* FIRMA MEDICO OCUPACIONAL LICENCIA S.O: 6796 de la S.D.S.	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C:	HUELLA INDICE DERECHO

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

© Copyright PRONTOSALUD IPS.

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:	30-05-18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
AGUIRRE	GONZALEZ	BEATRIZ	AMPARO		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52238999	BOGOTA	1995 - 02 - 13
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
18-01-77	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☒	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	HIJOS	2	3016982407

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 71 G SUR 18 H 52	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	7905152

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
hermasalud@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
CARREÑO		JUAN	DE JESUS

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79766855	BOGOTA	1994 06 - 30	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO ☐	☐	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒		8692	
	NO ☒	ICA	SI ☒	NO ☐		PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					# NIT	
GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒				900959051-7

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CL 34 - 5 - 43	3211444 84	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	HIGIENISTA ORAL	FECHA VINCULACION	14-03-17

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1.500.000	ARRIENDOS		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	$ 0 1.500.000	TOTAL EGRESOS	$ 0	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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ROCHA	GAITAN	ABELARDO	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CL. 68 SUR 15-10	BOGOTA	AMIGO	3003111292

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORRO	00848032001[illegible]	20 DE JULIO	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] A [ ] 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.):

HIGIENISTA ORAL

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
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

AMPARO AGUIRRE GONZALEZ

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Certificado de Afiliación

La Señora Beatriz Amparo Aguirre Gonzalez , identificada con Cédula Ciudadanía 52.238.999, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre:	Beatriz Amparo Aguirre Gonzalez		
Número de identificación:	52238999	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	16/06/2000	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	carae 47 no 22 06	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	3208326848	Depto. Residencia:	Bogota D.C.

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ	03/03/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1016596072	TI	Wendy Mariana Carrion Aguirre	16/11/2006	VIGENTES		HIJO
Benef. Subsidiado	1023965084	CC	Heidy Nayibe Carrion Aguirre	16/06/2000	VIGENTES		HIJO

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 30 días del mes de Mayo de 2018, a solicitud del interesado.

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

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

CORDIALMENTE



NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

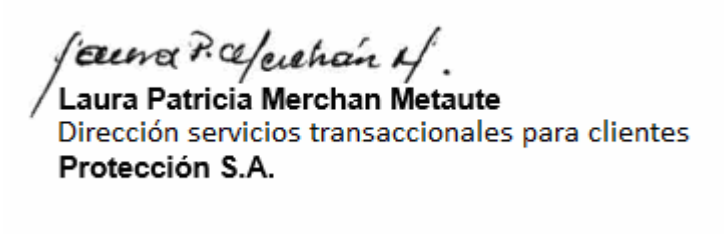
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO** identificado(a) con **CC** número **52.238.999** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de septiembre de 1998 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 30 de mayo de 2018.

Cordialmente,



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

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

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

2018053019134

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

52238999		SEGUROS BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
BEATRIZ	AMPARO	AGUIRRE	GONZALEZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
18-01-1977	BOGOTA	CALLE 71 G SUR 18H52	7905152
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
CRUZ BLANCA	PROTECCION	$ 1500.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
AUXILIAR perfil tecnico con relación			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
hemasalvadora@gmail.com		3016782407	
Correo Electrónico		Celular	
AMPARO AGUIRRE			
Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110448293

WEB
18:54:33

Bogotá DC, 30 de mayo del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52238999:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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 miércoles 30 de mayo de 2018, a las 18:59:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52238999
Código de Verificación	522389991805301859 38

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

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

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2263041

Bogotá D.C., 30 de Mayo de 2018 - 19:10 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) **BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE** de BOGOTA D.C

52238999

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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: 5_NBDIT_1019
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 12:23:48 horas del 17/04/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52238999**
Apellidos y Nombres: **AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/03/29

Por medio de la presente hacemos constar que la señora BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ con Cédula de Ciudadanía número 52238999 de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	008480320012
Fecha Apertura	2010/04/12

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0063 - OFICINA BARRIO RESTREPO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA