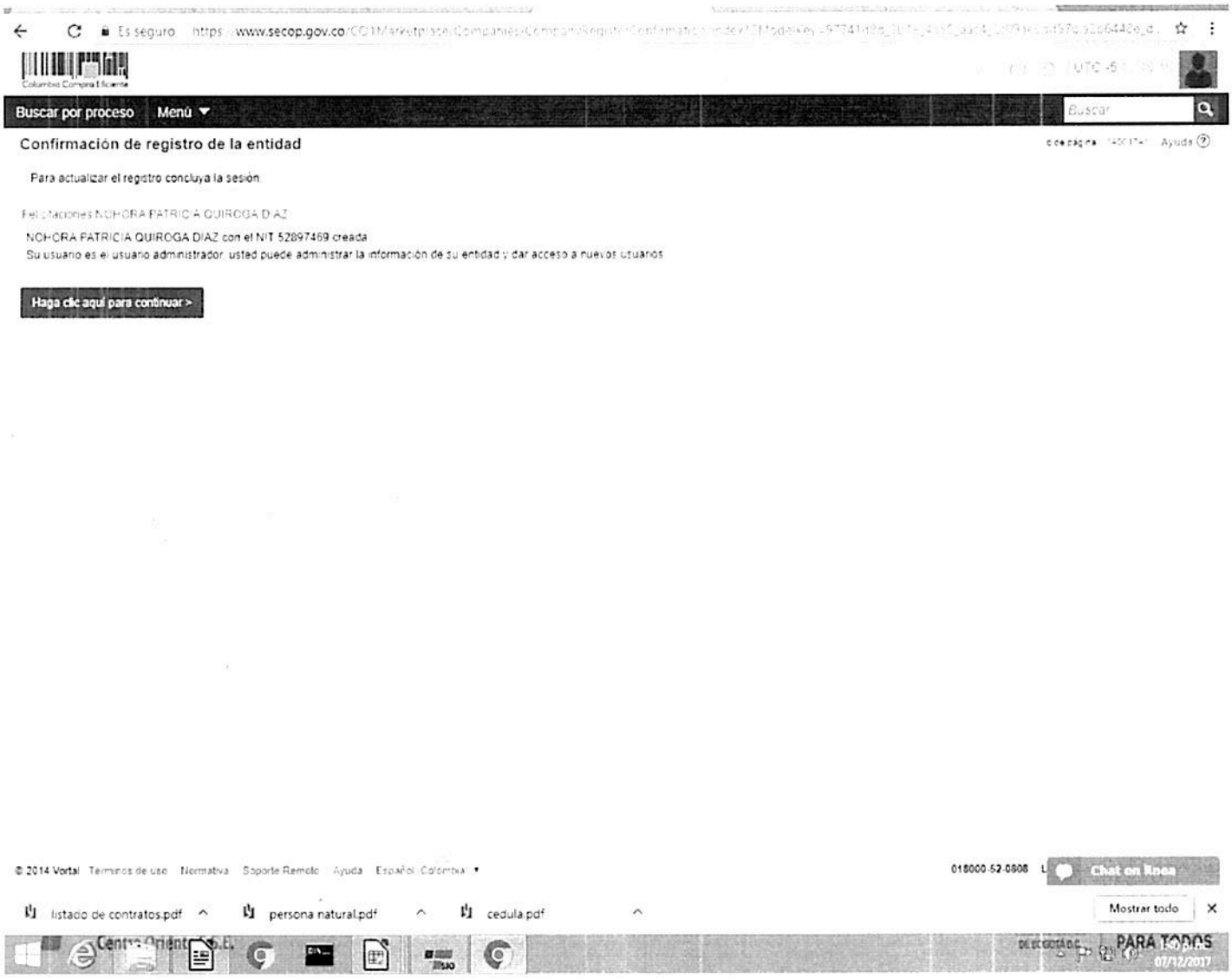



Es seguro
Buscar por proceso
Menú
Buscar
Confirmación de registro de la entidad
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión
Felicitaciones NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ
NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ con el NIT 52897469 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal Terminos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000 52 0808
Chat en línea
listado de contratos.pdf
persona natural.pdf
cedula.pdf
Mostrar todo
PARA TODOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-dic-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
QUIROGA	DIAZ	NOHORA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52897469

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES AGO AÑO 1981

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 53 Bis N 00-48

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2053458

EMAIL patriciaquirogad@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10 A 11 DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller técnico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1999
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS EN	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2020	50
promotores del cuidado	secretaria distrital de salud	2020	80
abordaje integral en salud mental para personal en	secretaria distrital en salud	2020	60
fomentar practicas seguras	sena	2019	40
orientar personas segun normatividad de salud	sena	2019	40
atención integral en salud de victimas de violencia	centro oriente	2016	20
brigadista básico	mapfre arl	2015	8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-dic-2020

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Legislación Documental	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2012	80
Organización Documental	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2011	80
Gestión Documental	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2011	20
salud ocupacional	sena	2011	60
administración documental	sena	2010	80

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* patriciaquirogad@gmail.com
TELÉFONOS 3282828	*FECHA DE INGRESO* DIA 15 MES 9 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar de atencion al usuario	*DEPENDENCIA* participación comunitaria y servicio al		*DIRECCIÓN* carrera 5 · 33 a 45

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* Subred centro oriente.gov.co
TELÉFONOS 3282828	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 3 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO* DIA 24 MES 7 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Orientadora	*DEPENDENCIA* Atención al usuario		*DIRECCIÓN* Calle 34 5 43

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-dic-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Surtimia Ltda.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3204908913	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 2 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 28 MES 2 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de Archivo	*DEPENDENCIA*: Archivo Central Archivo Gestion	*DIRECCIÓN*: Calle 39 A 18 05	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Pablo VI Bosa	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7799800	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 11 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 21 MES 7 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de Archivo y Estadistica	*DEPENDENCIA*: Archivo	*DIRECCIÓN*: Cr 78 A 69 B 76 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Colsanitas	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: patriciaquirogad@gmail.com	
TELÉFONOS: 4865000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 1 AÑO 2004	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 12 AÑO 2004	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar Adminstrativo en Salud	*DEPENDENCIA*: Farmasanitas	*DIRECCIÓN*: Calle 15 No 95 8	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-dic-2020

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	15	5
Total	15	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

NOHORA QUIROGA

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.

BOGOTÁ 21 Diciembre 2020

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-dic-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52897469 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Calle 53 Bis N 00-48 **Teléfonos** 3103383787 2053458

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Karen Vanesa Sanchez Quiroga	1033703100	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 13.116.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 5,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 5,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 5,00
TOTAL	$ 13.116.015,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	002170078105	Primera de Mayo	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

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

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-dic-2020

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
NA	Integrante

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
Carlos Eduardo Sanchez Reyes	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	79825305

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

NOHORA QUIROGA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2020

CIUDAD Y FECHA

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

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

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

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

Para constancia se firma en Bogotá a los 21 de 12 de 2020

Cordialmente,

NOHORA QUIROGA
C.C.

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52' 897.469		BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
NOHORA	PATRICIA	QUIROGA	DIAZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
30-08-1981	BOGOTA	CALLE 53BS#0048	2053458
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
SANITAS	COLPENSIONES	$ 1'499.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
patriciaquirogad@gmail.com		3103383787	
Correo Electrónico		Celular	
NOHORA QUIROGA			
Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

17

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Fe y Alegría La Paz

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D. C., según Resolución No. 7949 del 13 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Nohora Patricia Quiroga Díaz

Identificado (a) con T.I. N° 810830-07818 de Santafé de Bogotá

El Título de

Bachiller Técnico Industrial

con énfasis en Electricidad

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes.

Rector (a) Secretario (a)

Gladys Gómez

Libro de Registro No.

Acta No. 005 Folio No. 005

No se requiere registro, según decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional. y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República

Dado en Santafé de Bogotá, D. C., a 4 de Diciembre de 1999

República de Colombia
Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
y en su nombre el

CEADS
La Escuela Nacional de Salud

CENTRO DE EDUCACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

Creado en 1972 mediante Convenio Ministerio de Salud - Beneficencia de Cundinamarca y Organización Panamericana de la Salud.

Confiere a:

Nohora Patricia Quiroga Díaz

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52´897.469 de Bogotá, D.C.,

el Certificado de Aptitud Ocupacional como

Técnico Laboral en Auxiliar de Estadística en Salud

acorde con lo establecido en el Decreto 114 de 1996 del Ministerio de Educación Nacional,

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al programa de **AUXILIAR DE ESTADÍSTICA EN SALUD** - con una intensidad de 1.500 horas académicas -, aprobado mediante Resolución No. 3554 del 10 de noviembre de 1999 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

En constancia se firma en Bogotá, D.C. a los 17 días del mes de diciembre de 2004

Dr. Gonzalo Gustavo Leal P.
Director

Dr. Nelson J. Maldonado A.
Subdirector Académico

18

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO FE Y ALEGRIA LA PAZ

CARRERA 4B N° 51-28 SUR / TELÉFONO 772 1267 - SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.

INSCRIPCIÓN S.E.: 6254 INSCRIPCIÓN DANE: 31100177032

En la ciudad de SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., a los 4 días del mes de DICIEMBRE del año 1999, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del COLEGIO FE Y ALEGRÍA LA PAZ, Jornada Tarde. Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada por la Secretaría de Educación del Distrito Capital, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad de Técnico Industrial con énfasis en Electricidad, según Resolución N° 7449 del 13 de Noviembre de 1998. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el:

TITULO DE

BACHILLER TÉCNICO INDUSTRIAL

CON ÉNFASIS EN ELECTRICIDAD

Al graduando cuyos nombres y apellidos y número de documento de identidad que se relacionan a continuación

Nohora Patricia Quiroga Díaz

Identificado (a) con T.I. N° *810830-07818* de *Santafé de Bogotá*

Es fiel copia tomada del Acta General N°.005, Folio N° 005 de fecha 4 de DICIEMBRE de 1999 que consta de 213 alumnos, que comienza con el nombre de ABRIL CELIS CESAR ANDRÉS y se cierra con el nombre de VIRGÜEZ VEGA PIEDAD.

Firmada y sellada por PEDRO JOSÉ CASTAÑEDA VALLS Rector y GLADYS GÓMEZ Secretaria.

Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre de 1999.

Firmada y Sellada

Rector

PEDRO JOSÉ CASTAÑEDA VALLS

C.C. 79'937.514 de Bogotá

Secretaria

GLADYS GÓMEZ

C.C. 41'754.178 de Bogotá.

Libertad y Orden

República de Colombia
Centro de Educación en Administración de Salud – CEADS-

ACTA DE GRADO No 061/04

Libro No. 7

En la ciudad de Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de Diciembre de 2004 en el auditorio del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA -, se realizo acto solemne de graduación, correspondiente al programa de ESTADISTICA, registrado mediante resolución No. 3554 del 10 de Noviembre de 1999 de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C y desarrollado entre el 09 de Agosto de 2003 al 17 de Diciembre de 2004, con una intensidad total de 1500 horas académicas.

Mediante este acto se concedió a QUIROGA DIAZ NOHORA PATRICIA, identificado (a) con cedula de ciudadania No 52897469 de Bogotá D.C. el certificado de TECNICO LABORAL EN ESTADISTICA, acorde con lo establecido en el decreto No 0114 de 1996 del Ministerio de Educación Nacional y dema s normas vigentes.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta en Bogotá D.C., a los Diecisiete (17) días del mes de Diciembre de Dos mil cuatro (2004).

Carrera 10ª No. 1-99 Sur, Hospital San Juan de Dios
Tel. 246 2723 – 246 2724 - 333 9507 - 333 9508
E-mail: ceads_edu@yahoo.es
www.ceads-edu.gov.co

CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN

LENGUAJE CLARO

nohora patricia quiroga

Ha completado exitosamente el
Curso Virtual de Lenguaje Claro para
Servidores Públicos de Colombia

PROGRAMA NACIONAL
DE SERVICIO AL CIUDADANO
Departamento Nacional de Planeación (DNP)

El futuro es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación

PNSC
PROGRAMA NACIONAL
DE SERVICIO AL CIUDADANO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ Secretaría de Salud

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

NOHORA PATRICIA QUIROGA DÍAZ

C.C.52897469

participó en el curso virtual:

Fortalecimiento de competencias en información, orientación y atención a la ciudadanía para colaboradores de línea de frente de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS)

De diciembre de 2020 a febrero de 2021
Con una intensidad horaria de 50 horas - Bogotá

e f C S 3 h q c s e

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ Secretaría de Salud

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

NOHORA PATRICIA QUIROGA DÍAZ

C.C.52897469

participó en el curso virtual:

Abordaje integral en salud mental para personal en salud

Del 8 de junio de 2020 al 30 de julio de 2020
Con una intensidad horaria de 60 horas
Bogotá

h c t t 5 V b W 4 i

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52897469

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL INTERMEDIO - Fomentar prácticas seguras y saludables en los ambientes de trabajo en el marco de los principios de autocuidado y normatividad legal vigente.

Código: 220601059

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los veintiocho (28) días del mes de Mayo de dos mil diecinueve (2019)

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

550762 - 28/05/2019
No Y FECHA REGISTRO

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

VIGENCIA
28 de Mayo de 2022

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300220601059CC52897469C.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52897469

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL INTERMEDIO - Orientar personas según normativa de salud.

Código: 230101266

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los veintiocho (28) días del mes de Mayo de dos mil diecinueve (2019)

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

550670 - 28/05/2019
No Y FECHA REGISTRO

VIGENCIA
28 de Mayo de 2022

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

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101266CC52897469C.

CEADS

CENTRO DE EDUCACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD – CEADS-

EDUCACIÓN CONTINUADA

CERTIFICA QUE:

QUIROGA DÍAZ NOHORA PATRICIA

con Cédula de Ciudadanía No 52.897.469 de Bogotá.

asistió a la conferencia " SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL " realizada el día 23 de Julio de 2003 con una intensidad de 2 horas académicas.

En constancia se firma en Bogotá a los 24 días del mes de Julio de 2003.

NELSON JAVIER MALDONADO A.
Subdirector Académico

CEADS

CENTRO DE EDUCACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD – CEADS-

EDUCACIÓN CONTINUADA

CERTIFICA QUE:

QUIROGA DÍAZ NOHORA PATRICIA

con Cédula de Ciudadanía No 52.897.469 de Bogotá.

asistió a la conferencia " PREVENCIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS " realizada el día 21 de Julio de 2003 con una intensidad de 2 horas académicas.

En constancia se firma en Bogotá a los 22 días del mes de Julio de 2003.

NELSON JAVIER MALDONADO A.
Subdirector Académico

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

C.C.: 52897469

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

Felicita a:

NOHORA QUIROGA

Por su gestión en el mejoramiento del archivo de la UPA San José Obrero

Es un orgullo para el Hospital Rafael Uribe Uribe contar con colaboradores como usted.

El presente se expide el 21 de Enero de 2016.

Nidia Valenzuela Portilla
Secretaria Técnica Comité de Historias Clínicas

Héctor Javier Quiñones Albarracín
Gerente y Presidente Comité Historias Clínicas

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Nuestro Compromiso: Salud con Calidad para Todas y Todos

Integración Preventiva

MAPFRE | ARL

Certifica que:

Nohora Patricia Quiroga

CC: 52897469

PARTICIPO EN EL CURSO:
BRIGADISTA BASICO MODULO PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de
8 HORAS

13/11/2015

JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO
Coordinadora Nacional de Formación

FORMACION ARL

Con la consultoría de

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52897469

Cursó y aprobó la acción de Formación

LEGISLACIÓN DOCUMENTAL

Con una duración de 80 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Villeta a los Veintisiete (27) días del mes de Noviembre de Dos Mil Doce (2012)

ALVARO ENCISO PRIETO
SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

•SGCV20124868241•

SGCV20124868241 27/11/2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

25

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52897469

Cursó y aprobó la acción de Formación

ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL

Con una duración de 80 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Armenia a los Dieciocho (18) días del mes de Abril de Dos Mil Once (2011)

NÉSTOR JIMÉNEZ SERNA
SUBDIRECTOR CENTRO AGROINDUSTRIAL
REGIONAL QUINDIO

SGCV20113144634

SGCV20113144634 18/04/2011
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

26

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.897.469

Cursó y aprobó la acción de Formación

GESTIÓN DOCUMENTAL

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintiseis (26) días del mes de enero de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

3494398 - 26/01/2011
FECHA REGISTRO

La presente Certificación electrónica tiene validez jurídica y legal en Colombia, conforme a la LEY 527 DE 1999, el Decreto reglamentario 1747 de 2.000 y las demás normas que las complementen, modifiquen o reemplacen. Para verificar la autenticidad de cualquier copia impresa, se deberá efectuar la consulta a través de la página http://sis.senavirtual.edu.co, en la cual se encuentra almacenado y disponible el documento digital original bajo el número 940400134761CC52897469C. Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.897.469

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Ibagué, a los dieciocho (18) días del mes de mayo de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
BRIAN BAZIN BULLA TOVAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

BRIAN BAZIN BULLA TOVAR
SUBDIRECTOR
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

4396432 - 18/05/2011
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 922600198665CC52897469C.

SENA

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA

CERTIFICA

Que NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 52.897.469 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de GESTIÓN DOCUMENTAL con una intensidad horaria de Veinte (20) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:
D: Reprobo
A: Aprobo

Se expide en Bogotá, a los veintiseis (26) días del mes de enero de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La presente Certificación electrónica tiene validez jurídica y legal en Colombia, conforme a la LEY 527 DE 1999, el Decreto reglamentario 1747 de 2.000 y las demás normas que las complementen, modifiquen o reemplacen. Para verificar la autenticidad de cualquier copia impresa, se deberá efectuar la consulta a través de la página http://sis.senavirtual.edu.co, en la cual se encuentra almacenado y disponible el documento digital original bajo el número 940400134761CC52897469E. Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52897469

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL

Con una duración de 80 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Pereira a los Veintiseis (26) días del mes de Noviembre de Dos Mil Diez (2010)

ROCIO LOPEZ ALZATE
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

SGCV20102886232 26/11/2010
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

30

Bogotá D.C

Señores:

Fe y Alegria la paz.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Tecnico Bachiller

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma NOHORA QUIROGA

No. de documento: 52897469

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: CALLE 53 BIS # 20-48

Teléfono: 310-338 3787

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ, identificado(a) con CC. No. 52897469, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
PS 5768 2020	16/09/2020	30/04/2021
PS 5076 2019	11/12/2019	24/07/2020
PS 0497 2019	17/01/2019	08/11/2019
PS 5585 2018	25/09/2018	15/01/2019
PS 2693 2018	02/02/2018	30/06/2018
PS 3377 2017	06/04/2017	30/09/2017
PS 0335 2017	10/01/2017	28/02/2017

Contrato PS 5768 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ATENCIÓN AL USUARIO, EN LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 0020 DE 2020-PROGRAMA RUTA DE LA SALUD, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Realizar proceso de sensibilización, registro y aplicación de encuestas a los usuarios desde las diferentes USS de la Subred de acuerdo a las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa 2. Apoyar el agentamiento de citas solicitadas en atención a las solicitudes de los usuarios que utilizan el servicio de ruta de la salud desde las USS de la Subred y entregar al coordinador del programa registro de las acciones realizadas diariamente. 3. Realizar captación y reporte diario de programación de usuarios, gestantes, personas con discapacidad, menores de 18 ellos, plan canguro y adultos mayores para el traslado por parte del programa ruta de la salud. 4. Cumplir con los procedimientos, digitación y demás acciones desarrolladas desde las USS, acorde al procedimiento Ruta de la Salud y atención brindada a los usuarios en los centros de atención de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 5. Organizar, orientar y registrar en los aplicativos requeridos por la dependencia, información suministrada y recolectada de acuerdo a la atención brindada a los usuarios frente a la prestación de servicios de salud en las USS de la Subred, teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia. 6. Asistir a reuniones programadas con la Jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano,

coordinación del programa Ruta de la Salud de la Subred Centro Oriente, y demás a las que sean citadas. 7. Reponer novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten en las USS que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, y de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato. 8. Vestir adecuadamente la dotación suministrada y portar el carnet institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo). 9. Participar en las jornadas, eventos y escenarios colectivos en los que participe el programa el Ruta de la Salud en atención a las necesidades del servicio y de los usuarios. 10. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación de la ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo Ruta de la Salud entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 11. Las demás que designe el supervisor del contrato.

Contrato PS 5076 2019:

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA. EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR DE ATENCIÓN AL USUARIO, EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL CONVENIO 0828 DE 2019- PROGRAMA RUTA DE LA SALUD, EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Realizar proceso de sensibilización, registro y aplicación de encuestas a los usuarios desde las diferentes USS de la Subred de acuerdo a las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa. 2. Apoyar el agentamiento de citas solicitadas en atención a las solicitudes de los usuarios que utilizan el servicio de ruta de la salud desde las USS de la Subred y entregar al coordinador del programa registro de las acciones realizadas diariamente. 3. Cumplir con los procedimientos, digitación y demás acciones desarrolladas desde las USS, acorde al procedimiento Ruta de la Salud y atención brindada a los usuarios en los centros de atención de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 4. Organizar, orientar y registrar en los aplicativos requeridos por la dependencia, información suministrada y recolectada de acuerdo a la atención brindada a los usuarios frente a la prestación de servicios de salud en las USS de la Subred, teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia. 5. Asistir a reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa de la Ruta de la Salud de la Subred Centro Oriente, y demás a las que sean citadas.6. Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten en las USS que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, y de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato. 7. Vestir adecuadamente la dotación suministrada y portar el carnet institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo). 8. Participar en las jornadas, eventos y escenarios colectivos en los que participe el programa el Ruta de la Salud en atención a las necesidades del servicio y de los usuarios. 9. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación de la ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo Ruta de la Salud entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 10. Las demás que designe el supervisor del contrato.

Contrato PS 0497 2019:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, COMO AUXILIAR DE ATENCIÓN AL USUARIO, PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA RUTA DE LA SALUD, EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Realizar proceso de sensibilización, registro y aplicación de encuestas a los usuarios desde las diferentes USS de la Subred de acuerdo a las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa. 2. Apoyar el agentamiento de citas solicitadas en atención a las solicitudes de los usuarios que utilizan el servicio de ruta de la salud desde las USS de la Subred y entregar al coordinador del programa registro de las acciones realizadas diariamente.3. Cumplir con los procedimientos, digitación y demás acciones desarrolladas desde las USS, acorde al procedimiento Ruta de la Salud y atención brindada a los usuarios en los centros de atención de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.4. Organizar, orientar y registrar en los aplicativos requeridos por la dependencia, información suministrada y recolectada de acuerdo a la atención brindada a los usuarios frente a la prestación de servicios de salud en las USS de la Subred, teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia.5. Asistir a reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa de la Ruta de la Salud de la Subred Centro Oriente, y demás a las que sean citadas.6. Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten en las USS que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, y de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato. 7. Vestir adecuadamente la dotacion suministrada y portar el carnet institucional, asi mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicacion {celular corporativo}. 8. Participar en las jornadas, eventos y escenarios colectivos en los que participe el prgrama Ruta de la Salud en atencion a las necesidades del servicio y de los usuarios. 9. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de la organizacion y operacion de la ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo Ruta de la Salud entre el FFDS y la Subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. 10. Las demas que designe el supervisor del contrato.

Contrato PS 5585 2018:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, COMO AUXILIAR DE ATENCIÓN AL USUARIO, PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA RUTA DE LA SALUD, EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Realizar proceso de sensibilización, registro y aplicación de encuestas a los usuarios desde las diferentes USS de la Subred de acuerdo a las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa. 2. Apoyar el agentamiento de citas solicitadas en atención a las solicitudes de los usuarios que utilizan el servicio de ruta de la salud desde las USS de la Subred y entregar al coordinador del programa registro de las acciones realizadas diariamente.3. Cumplir con los procedimientos, digitación y demás acciones desarrolladas desde las USS, acorde al procedimiento Ruta de la Salud y atención brindada a los usuarios en los centros de atención de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.4. Organizar, orientar y registrar en los aplicativos requeridos por la dependencia, información suministrada y recolectada de acuerdo a la atención brindada a los usuarios frente a la prestación de servicios de salud en las USS de la Subred, teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia.5. Asistir a reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa de la Ruta de la Salud de la Subred Centro Oriente, y demás a las que sean citadas.6. Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten en las USS que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, y de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato.

Contrato PS 2693 2018:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y

AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR, PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO 1184 DE 2017, EN EL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO Y PARTICIPACION SOCIAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Organización de usuarios en salas de espera teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones. 2. Orientación a usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS. 3. Orientación a los usuarios en procedimientos de interposición de PQRS. 4. Verificación de usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Cápita del Hospital en el sistema destinado para el registro de usuarios Fosyga, DNP). 5. Realización de encuestas y aplicación de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas por la referencia de atención al usuario. 6. Realizar charlas en salas de espera diariamente que incluyan la socialización de derechos y deberes, divulgación del portafolio de servicios, procedimientos de aseguramiento al SGSSS y demás temas de interés previamente establecidos y programados por la jefatura de atención al usuario, realizando el debido registro de usuarios en los formatos establecidos. 7. Identificación de barreras acceso presentadas al usuario externo en el sistema establecido por la Secretaría Distrital de Salud y en el usuario asignado. 8. Divulgación de la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos. 9. Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud. 10. Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la referencia de atención al usuario. 11. Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud. 12. Asistir, participar y adelantar las actividades asignadas a nivel local y/o en todos los espacios programados, así como en los que sea convocado de acuerdo con la naturaleza del contrato. 13. Asistir a las reuniones programadas por el supervisor del contrato. 14. Realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual. 15. Presentar informe mensual sobre el desarrollo de las actividades contractuales al supervisor del contrato acompañado de los recibos de pago de salud y pensión acorde con los honorarios asignados, asi como de los soportes que sustenten el desarrollo de actividades durante el mes como requisito previo para la expedición de la certificación de cumplimiento a satisfacción necesaria para efectos del pago de los honorarios. 16. Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual

Contrato PS 3377 2017:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR AREA DE LA SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1. Organización de usuarios en salas de espera teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones. 2. Orientación a usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS. 3. Orientación a los usuarios en procedimientos de interposición de PQRS. 4. Verificación de usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Cápita del Hospital en el sistema destinado para el registro de usuarios Fosyga, DNP). 5. Realización de encuestas y aplicación de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas por la referencia de atención al usuario. 6. Realizar charlas en salas de espera diariamente que incluyan la socialización de derechos y deberes, divulgación del portafolio de servicios, procedimientos de aseguramiento al SGSSS y demás temas de interés previamente establecidos y programados por la jefatura de atención al usuario, realizando el debido registro de usuarios en los formatos establecidos. 7. Identificación de barreras acceso presentadas al usuario externo en el sistema establecido por la Secretaría Distrital de Salud y en el usuario

asignado. 8. Divulgación de la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos. 9. Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud. 10. Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la referencia de atención al usuario. 11. Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud. 12. Asistir, participar y adelantar las actividades asignadas a nivel local y/o en todos los espacios programados, así como en los que sea convocado de acuerdo con la naturaleza del contrato. 13. Asistir a las reuniones programadas por el supervisor del contrato. 14. Realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual. 15. Presentar informe mensual sobre el desarrollo de las actividades contractuales al supervisor del contrato acompañado de los recibos de pago de salud y pensión acorde con los honorarios asignados, asi como de los soportes que sustenten el desarrollo de actividades durante el mes como requisito previo para la expedición de la certificación de cumplimiento a satisfacción necesaria para efectos del pago de los honorarios. 16. Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual.

Contrato PS 0335 2017:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR AREA DE LA SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1. Recibir, codificar, y archivar diariamente las historias clínicas de pacientes siguiendo los procedimientos establecidos por la normatividad vigente, y notificar las inconsistencias que se presenten al Jefe Inmediato 2. Digitar oportunamente todos los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generados en las consultas 3. Recolectar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas del Centro de Salud 4. Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministrar oportunamente la información requerida por la Subred 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes (cantidad de pacientes atendidos por unidad de tiempo) 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a sus actividades contractuales y cumplir con las evaluaciones relacionadas 7. Realizar el Cierre y bloqueo de agendas de las Sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E 8. Consolidación del SIVIGILA institucional 9. Entregar oportunamente reporte de actividades al área de estadística de la Oficina Asesora de Planeación 10. Realizar actividades de seguimiento, Validación y reporte de información de la producción de los archivos asistenciales.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 29 de Enero de 2021.

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

Cordialmente,



MARY ISABEL CORREA GALLARDO
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ**, Identificada con C.C. N° 52.897.469, Prestó sus servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
124	01/03/2013	28/02/2014	$ 13.116.300
194	03/03/2014	02/03/2015	$ 13.116.000
801	03/03/2015	24/12/2015	$ 10.929.566
23	04/01/2016	09/01/2017	$ 13.334.600
PS-0335-2017	10/01/2017	28/02/2017	$ 2.193.040
PS-3377-2017	06/04/2017	10/08/2017	$ 4.050.000

Contrato 124-2013 al 23-2016

OBJETO
EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REQUIERE CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN AUXILIAR AREA SALUD (INFORMACION EN SALUD O ADMINISTRACION EN SALUD O AUXILIAR DE ESTADISTICAS EN SALUD O AUXILIAR EN ADMINISTRACION EN SALUD) PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN ATENCION AL USUARIO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCION

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1.- Acordar con el supervisor inmediato el plan de trabajo a su cargo y responder por el cumplimiento. 2.- Ejecutar las actividades del nivel auxiliar en salud encomendadas de acuerdo con el funcionamiento del punto de atención. 3.-Mantener actualizado el archivo de gestión del punto de atención asignado de conformidad con las tablas de retención documental y los procedimientos establecidos. 4.- Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los documentos que se requieran en el desarrollo de sus actividades de conformidad con los procedimientos establecido. 5.-Aplicar las normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio. 6.-Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de las actividades.
7.-Hacer depuración, unificación y verificación de historias clínicas que se encuentren repetidas 8.- Controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados esperados en el desarrollo de sus actividades. 9- Solicitar por escrito con antelación no inferior a quince (15) dias la solicitud de cancelación terminación del contrato 10.-Desempeñar las demás actividades relacionadas con la naturaleza del contrato y el área de desempeño que sea de su competencia.

Contrato PS-0335-2017 - PS-3377-2017

OBJETO
APOYO A LA GESTION DEL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO . SERVICIO AL CIUDADANO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Organización de usuarios en salas de espera teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones. 2. Orientación a usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS. 3. Orientación a los usuarios en procedimientos de interposición de PQRS. 4. Verificación de usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Cápita del Hospital en el sistema destinado para el registro de usuarios Fosyga, DNP). 5. Realización de encuestas y aplicación de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas por la referencia de atención al usuario. 6. Realizar charlas en salas de espera diariamente que incluyan la socialización de derechos y deberes, divulgación del portafolio de servicios, procedimientos de aseguramiento al SGSSS y demás temas de interés previamente establecidos y programados por la jefatura de atención al usuario, realizando el debido registro de usuarios en los formatos establecidos. 7. Identificación de barreras acceso presentadas al usuario externo en el sistema establecido por la Secretaría Distrital de Salud y en el usuario asignado. 8. Divulgación de la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos. 9. Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud. 10. Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la referencia de atención al usuario. 11. Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud. 12. Asistir, participar y adelantar las actividades asignadas a nivel local y/o en todos los espacios programados, así como en los que sea convocado de acuerdo con la naturaleza del contrato. 13. Asistir a las reuniones programadas por el supervisor del contrato. 14. Realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual. 15. Presentar informe mensual sobre el desarrollo de las actividades contractuales al supervisor del contrato acompañado de los recibos de pago de salud y pensión acorde con los honorarios asignados, asi como de los soportes que sustenten el desarrollo de actividades durante el mes como requisito previo para la expedición de la certificación de cumplimiento a satisfacción necesaria para efectos del pago de los honorarios. 16. Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 23 de agosto de 2017

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 288 05 19 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada.
revisada y aprobada.
Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación Ops
Proyecto: Isabel Jimenez- Tecnico Administrativo

SURTIMIA LTDA.
SOLUCIONES INTEGRALES DE SERVICIOS
NIT. 900.010.740-1

CERTIFICA QUE:

La señora **NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ** identificada con cedula de ciudadania No. 52.897.469 de Bogotá, labora en nuestra empresa desde el 07 de marzo de 2012, con contrato a termino fijo y desempeñando la labor de **AUXILIAR DE ARCHIVO**. Sus funciones son las siguientes:

- Recibir las transferencias documentales:
- Clasificación: Determinar la procedencia y las series y Subseries de los documentos recibidos de cada área.
- Ordenación: Se organizan los documentos de carpeta teniendo en cuenta la cronología, depurando copias, hojas en blanco, material metálico, adhesivos, etc, se hace foliación, la perforación de los documentos es a tamaño oficio y se coloca el gancho legajador plástico de forma que refleja el orden cronológico.
- Descripción: Se elaboran los rótulos para las carpetas y las cajas y se describe su serie y subserie correspondiente,
- Se realiza el ingreso a la base de datos y se mantiene actualizada.
- Se almacena la documentación en los estantes.
- Recibir las solicitudes de préstamo y consulta de documentos.
- Atender las solicitudes de manera rápida y efectiva.
- Sacar fotocopias de los documentos requeridos y de los fax.
- Brindar apoyo a los funcionarios que lo requieran sobre los procedimientos que maneja el área.
- Realizar la reorganización de las unidades documentales.
- Apoyar las actividades de aplicación de las TRD.
- Responder por la documentación y elementos asignados para dicha función.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, a los 03 días del mes de septiembre de 2012, a solicitud de la interesada.

Atentamente,

JULIO CESAR CASTILLO GRANDE
Director Proyecto

OPERADORES C.T.A.
NIT. 900388759-1

CERTIFICA QUE:

El Señor (a) **QUIROGA DIAZ NOHORA PATRICIA** identificado (a) con de cédula de Ciudadanía No. **52.897.469** estuvo vinculado (a) a la Cooperativa de Trabajo Asociado, OPERADORES C.T.A. en calidad de ASOCIADO (a), desde el **01 DE FEBRERO DE 2011** hasta el **03 DE FEBRERO DE 2012**, ejecuto el proceso de **AUXILIAR DE ARCHIVO**, en la empresa destinataria de Servicios **SURTIMIA LTDA**, de conformidad a la Oferta Mercantil de Servicios Cooperativos que OPERADORES C.T.A., tiene suscrita con esta empresa; Su vinculación fue de manera libre, consiente y voluntaria, mediante el Convenio de Asociación.

Sus funciones eran las siguientes:

Ø Recibir las transferencias documentales.

Ø Clasificación: Determinar la procedencia y las series y Subseries de los documentos recibidos de cada área.

Ø Ordenación: Se organizan los documentos de carpeta teniendo en cuenta la cronología, depurando copias, hojas en blanco, material metálico, adhesivos, etc, se hace foliación, la perforación de los documentos es a tamaño oficio y se coloca el gancho legajador plástico de forma que refleja el orden cronológico

Ø Descripción: Se elaboran los rótulos para las carpetas y las cajas y se describe su serie y subserie correspondiente.

Ø Se realiza el ingreso a la base de datos y se mantiene actualizada.

Ø Se almacena la documentación en los estantes.

Ø Recibir las solicitudes de préstamo y consulta de documentos.

Ø Atender las solicitudes de manera rápida y efectiva.(mínimo 5 min., máx. 1 día).

Ø Sacar fotocopias de los documentos requeridos y de los fax.

Ø Brindar apoyo a los funcionarios que lo requieran sobre los procedimientos que maneja el área.

Ø Realizar la reorganización de las unidades documentales (cajas).

Ø Apoyar las actividades de aplicación de las TRD y su disposición final(eliminación).

Ø Responder por la documentación y elementos asignados para dicha función.

Para constancia se firma en la ciudad de BOGOTA, a los 30 días del mes de Agosto de 2012.

Atentamente,

Operadores C.T.

SANDRA MILENA CARDONA S.
Gerente Regional
Cra 19 N° 39ª -19
Tel: 3200449
Bogotá

12

OPERADORES C.T.A.
NIT. 900388759-1

CERTIFICA QUE:

El Señor (a) **QUIROGA DIAZ NOHORA PATRICIA** identificado (a) con de cédula de Ciudadanía No. **52.897.469** estuvo vinculado (a) a la Cooperativa de Trabajo Asociado, OPERADORES C.T.A. en calidad de ASOCIADO (a), desde el **01 DE FEBRERO DE 2011** hasta el **03 DE FEBRERO DE 2012**, ejecuto el proceso de **AUXILIAR DE ARCHIVO**, en la empresa destinataria de Servicios **SURTIMIA LTDA**, de conformidad a la Oferta Mercantil de Servicios Cooperativos que OPERADORES C.T.A., tiene suscrita con esta empresa; Su vinculación fue de manera libre, consiente y voluntaria, mediante el Convenio de Asociación.

Para constancia se firma en la ciudad de BOGOTA, a los 21 días del mes de Marzo de 2012. A solicitud del interesado con destino a quien interese.

Atentamente,

DIANA XIMENA LOZANO S.
Coordinadora Administrativa
Cra 19 Nº 39ª -19
Tel: 3200449
Bogotá

13

Cooperadores C.T.A.
apoyo empresarial

COOPERADORES CTA
NIT. 816.006.820 – 0

CERTIFICA QUE:

El Señor (a) **QUIROGA DIAZ NOHORA PATRICIA** identificado (a) con de cédula de Ciudadanía No. **52897469** Estuvo vinculado (a) a la Cooperativa de trabajo asociado, COOPERADORES C.T.A. en la calidad del ASOCIADO (a), desde el 02 de FEBRERO de 2010 hasta el 30 de ENERO de 2011, ejecuto el proceso de **AUXILIAR DE ARCHIVO**, en la empresa destinataria de Servicios **SURTIMIA LTDA**, de .conformidad a la Oferta Mercantil de Servicios Cooperativos que COOPERADORES C.T.A., tiene suscrita con esta empresa; Su vinculación fue de manera libre, consiente y voluntaria, mediante el Convenio de Asociación.

Para constancia se firma en la ciudad de BOGOTA, a los 31 días del mes de ENERO de 2012. A solicitud del interesado con destino a quien interese.

Atentamente,

COOPERADORES C.T.A.
Apoyo Empresarial

DIANA XIMENA LOZANO S.
Coordinadora Administrativa
Cra 19 Nº 39ª -19
Tel: 3200449
Bogotá

GESTION Y CALIDAD EFICIENTE CTA
Nuestro esfuerzo es nuestro bienestar

EL SUSCRITO COORDINADOR DE PERSONAL DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GESTION Y CALIDAD EFICIENTE CTA.
NIT.830124998-9

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) **QUIROGA DIAZ NOHORA PAATRICIA,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 52.897.469** estuvo vinculado (a) a la cooperativa desde el **01 FEBRERO del 2007 hasta el 21 de Julio de 2.009,** desarrollando la actividad de **AUXILIAR DE ESTADISTICA;** en el **HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.** bajo la modalidad contractual de Acuerdo de Trabajo Asociado por Autogestión.

Se expide la siguiente certificación a solicitud del interesado (a) a los 21 días del mes de Julio del año 2009.

Cordialmente,

LUZ EDITH CARVAJAL SAIZ
Coordinadora de Personal

Calle 83 Bis No.24 – 51 Oficina 104 EL POLO
Tel: 7535361 – 7534308
Bogota, D.C, - Colombia

COOPTRANH C.T.A.

APOYO TECNICO HOSPITALARIO COOPERATIVA
DE TRABAJO ASOCIADO

NIT. 900.000.985-4

LA SUSCRITA GERENTE DE APOYO TECNICO HOSPITALARIO COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOPTRANH C.T.A. NIT:900,000,985-4

CERTIFICA QUE:

El señor (a) **NOHORA QUIROGA** ,identificado (a) con la c.c. No.52897469,estuvo vinculado (a) a la cooperativa desde el 3/24/2006 hasta el 1/31/2007,desempeñando las actividades de **AUX DE ARCHIVO CAMI** en el **HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.**con una compensacion ordinaria de:$433.700**(CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS MCTE.)**y una compensacion extraordinaria de$.545.500**(QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.)**para una compensacion total mensual de$979.200**(NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS-PESOS MCTE.)**

Se expide la presente certificacion a los 27 días del mes de Marzo de 2007

MARIA TERESA VARGAS TOCUA
Gerente

NOTARÍA 38 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ
EDUARDO DURAN GOMEZ
Carrera 13 N°. 35-69
PBX 2458721

ACTA DE DECLARACION EXTRAPROCESO N° 4749

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital República de Colombia a 22 de AGOSTO de 2012, ante mi, **RODOLFO REY BERMUDEZ**, Notario Treinta y Ocho (38E) del Círculo de Bogotá, Compareció: **NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ identificado (a) con C.C. 52.897.469 DE BOGOTA - DISTRITO CAPITAL** con el propósito de declarar bajo gravedad de juramento para FINES EXTRAPROCESALES, de conformidad con el Articulo 299 del Código de Procedimiento Civil en concordancia con el Decreto 2148 del 83. Este acto se tramita a solicitud de los interesados previa advertencia del DECRETO 2150/95. Al efecto del suscrito Notario puso en conocimiento al Compareciente de las normas del Código Penal y Código de Procedimiento Penal sobre el falso testimonio. El declarante expuso:

PRIMERO:

Mi nombre es como esta dicho: **NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ identificado (a) con C.C. 52.897.469 DE BOGOTA - DISTRITO CAPITAL,** natural de BOGOTA, D. C. , con domicilio en LA CALLE 53 BIS NO. 00 48 BOGOTA, D. C. , de estado civil SOLTERA SIN UNION MARITAL DE HECHO, de profesión u oficio AUXILIAR DE ARCHIVO Y ESTADISTICA.

SEGUNDO:
HECHOS A DECLARAR
DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO

1. QUE TRABAJE COMO ASOCIADA A LAS COOPERATIVAS COPITRANS DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2005 AL 23 DE MARZO DE 2006, COOPTRANH DEL 24 DE MARZO DE 2006 AL 31 DE ENERO DE 2007 Y EN LA COOPERATIVA GESTION Y CALIDAD DEL 01 DE FEBRERO DE 2007 AL 21 DE JULIO DEL 2009, REALIZANDO LAS SIGUIENTES FUNCIONES: PLANIFICAR Y PROMOVER LA CORRECTA GESTION DE LOS DOCUMENTOS Y DE LOS ARCHIVOS, PROMOVIENDO INSTRUCCIONES, NORMAS Y PROCEDIMIENTOS; ASESORAR LAS UNIDADES PRODUCTORAS Y COLABORAR CON ELLAS PARA- LA ORGANIZACION Y TRATAMIENTO UNIFORME DE LOS DOCUMENTOS DE ARCHIVO; ORGANIZAR LAS TRANSFERENCIAS PERIODICAS DE LOS DOCUMENTOS DESDE LOS ARCHIVOS DE GESTION AL ARCHIVO CENTRAL; GARANTIZAR LOS SERVICIOS DE CONSULTA, PRESTAMO Y REPRODUCCION DE DOCUMENTOS, SEGUN LA NORMATIVA ESPECIFICA EN LA MATERIA DE ACCESO; GESTIONAR EL ARCHIVO GENERAL, CUSTODIANDO, INSTALANDO, ORGANIZANDO, DESCRIBIENDO Y HACIENDO ACCESIBLES SUS FONDOS DOCUMENTALES; VELAR POR LA CONSERVACION DE LOS DOCUMENTOS CUSTODIADOS EN EL ARCHIVO GENERAL Y DEL PATRIMONIO DOCUMENTAL. EN LOS DOCUMENTOS DE CADA SERIE SE REALIZAN LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS: ACOPIO O REUNION DE LOS DOCUMENTOS, EXPURGO Y SELECCION, ORGANIZACION, CLASIFICACIO, ORDENACION, NUMERACION Y SIGNATURA, DESCRIPCION, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DOCUMENTAL CON MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS, HISTORIAS LABORALES EN EL HOSPITAL PABLO VI DE BOSA.

ESTA DECLARACION LA RINDO PARA **LA COMISION NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL. CONVOCATORIA 128 DEL 2009. DENOMINACION RESPONSABLE DE ADMINISTRACION DE HISTORIAS LABORALES.**

No siendo otro el objeto de esta diligencia el(los) declarante(s) leyeron personalmente su exposición, la hallaron conforme, la aprobó(aron) en todas y cada una de sus partes, se ratificó(aron) en su dicho y para que conste lo firma ante mi y conmigo el Suscrito Notario que autorizo con mi firma. El notario deja constancia que el(los) declarante(s) es(son) persona(s) hábil(es) e idónea(s) para declarar.

LA DECLARANTE:

NOHORA QUIROGA

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ
C.C. 52.897.469 DE BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.897.469**

QUIROGA DIAZ

APELLIDOS

NOHORA PATRICIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1981**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-MAR-2000 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00824956-F-0052897469-20160512 0049727593A 2 46432339

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14728407320

(415)7707212489984(8020) 000001472840732 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 9 7 4 6 9	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52897469	2 0 0 0 0 3 1 5

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
QUIROGA	DIAZ	NOHORA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 53 BIS 00 48 SUR BRR PALERMO SUR

42. Correo electrónico: patriciaquirogad@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 3 8 3 7 8 7	2 0 5 3 4 5 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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
9 1 0 1	2 0 1 2 0 2 1 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 12 - 21 / 09 : 47: 36

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre QUIROGA DIAZ NOHORA PATRICIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:15/05/2019

CONTRIBUYENTE	C.C. 52897469	NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 53 BIS 00 48 SUR Teléfonos: 2053458

Dirección electrónica: patriciaquirogad@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 15/02/2012 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 9101 - Actividades de bibliotecas y archivos

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: viernes, 18 de diciembre de 2020 11:24 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía

Número de identificación: 52897469

Nombres y Apellidos: NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Fecha de nacimiento: 30/08/1981

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	03/08/2008	Stamaril		
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	25/06/2003			
	Segunda dosis	03/07/2003			
	Tercera dosis	03/09/2003			
	Refuerzo	29/03/2017	Hepavax Gene	1434025.03 26-11/2018	IPS VACUNAR COLOMBIA
Influenza	Única	25/05/2020	GC FLU	U3B982	
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	09/06/2009			HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - GRUPO EXTRAMURAL
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: viernes, 18 de diciembre de 2020 11:24 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía

Número de identificación: 52897469

Nombres y Apellidos: NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Fecha de nacimiento: 30/08/1981

Sarampión y Rubéola	Primera dosis	05/03/2007	Sarampión -Rubéola		
Td	Primera dosis	26/08/2006	Tetavax		CLINICA COLSANITAS CLINISANITAS LA SOLEDAD
	Segunda dosis	05/10/2006	Tetavax		HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE- CAMI URGENCIAS
	Tercera dosis	16/04/2007	Tetavax		
	Cuarta dosis	14/04/2008	Tetavax		HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - UPA OLARTE
	Quinta dosis	03/07/2009	Tetavax		HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - CAMI PABLO VI BOSA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

Régimen :

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000168745

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 19/10/2019 14:21:43

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ **C.C** 52897469

EDAD 38 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** ATENCION AL CLIENTE



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☐		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS DE COMPRESION
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION
USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

NOHORA QUIROGA

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Didier J. Rincón Castro
Medico Cirujano C.C 79.687.876
Médico Laboral
Lic. Copp. RES 1126/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Scanned by CamScanner

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

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

FECHA:	21/12/2020	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
QUIROGA	DIAZ	NOHORA	PATRICIA

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52,897,469	BOGOTA	CUNDINAMAR	15/03/2000
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI		NO

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
30/08/1981	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DEVORCIADO(A)	UNION LIBRE X	VIUDO(A)	1	1	3103383787

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 53 BIS # 00-48 ESTE SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	3103383787

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SANCHEZ	REYES	CARLOS	EDUARDO

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	79,825,305	BOGOTA	CUNDINAMARCA	06/05/1996
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X	NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
	SI		IVA	SI	NO X		
	NO X		ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: 9101	SECUNDARIA:

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	900959051

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD	ENERGIA	ALIMENTOS
	☐	☐	☐	☒	☐	☐

EXPORTACIONES	FINANCIERA	MEDICAMENTOS	AGROPECUARIA	INDUSTRIAL	TECNOLOGIA	OTRA :
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 5 43	3,444,484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE SERVICIO AL CIUDADANO	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	01/03/2013

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1,499,000	ARRIENDOS	750,000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	300,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**1,499,000**	**TOTAL EGRESOS**	**1,050,000**	**TOTAL ACTIVOS**	**0**	**TOTAL PASIVOS**	**0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CADENA		**TERESA**	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CALLE 53 BIS 00-12	**BOGOTA**	**AMIGA**	**7601074**	**3143954751**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	**CUENTA DE AHORROS**	**210078105**	**CIUDAD JARDIN**	**3383838**

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

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

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

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA	PUBLICIDAD ENTIDAD	MERCADEO	INTERNET	BASE DE DATOS	EVENTOS
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

OTRA	CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO	INVITACION A COTIZAR	PORTAL WEB SUBRED	LLAMADA TELEFONICA	PORTALES EMPLEO
☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

AUXILIAR DE ATENCION AL USUARIO

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE 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, 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.

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

11. FIRMA Y HUELLA

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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO Nohora Quiroga Firma Cliente / Representante Legal	 Huella Índice Derecho

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

1:34

docs.google.com

POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

Puntos totales 100/100

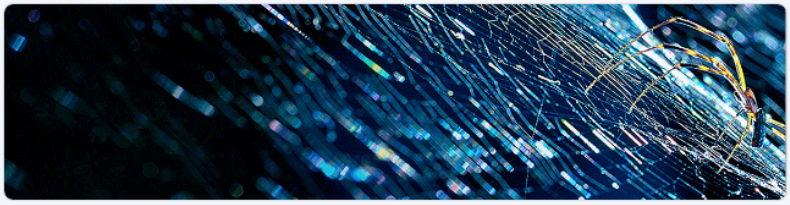
El siguiente instrumento tiene como finalidad evaluar el conocimiento obtenido como resultado de la capacitación sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT en cumplimiento de la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Manual de Políticas y Procedimientos SARLAFT de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Para tal fin, responda cada uno de los diez enunciados de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

De conformidad con el marco normativo señalado anteriormente, tanto la capacitación como la respuesta al post-test son de carácter obligatorio para todo el personal de planta, Junta Directiva y el vinculado por Orden de Prestación de Servicios

Cada enunciado tiene un valor de 10 puntos y se superará la evaluación con un puntaje mínimo de 70/100.

El resultado de la evaluación debe ser impreso mediante un pantallazo (Impr Pant), copiándolo en un documento de Word; en el caso de los

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQL
POST TEST INDUCCIÓN - REIN...
Esperando a docs.google.c...



POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Total de puntos 100/100

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

Dirección de correo electrónico *

patriciaquirogad@gmail.com

Documento de Identidad *

52897469

Nombres y apellidos *

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Número de contacto *

3103383787

Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

Dirección
7:13 a. m.
21/12/2020

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52897469
NOMBRES Y APELLIDOS	Quiroga Diaz,Nohora Patricia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1033703100
NOMBRES Y APELLIDOS	Sanchez Quiroga,Karen Vanesa
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79825305
NOMBRES Y APELLIDOS	Sanchez Reyes,Carlos Eduardo
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Quiroga Diaz,Nohora Patricia, a los 01 días del mes de marzo del año 2021.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52897469,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de marzo de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

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

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

Adicionalmente me comprometo a:

CUMPLIR CON LAS DEMÁS FUNCIONES QUE MI JEFE INMEDIATO ME INDIQUE DENTRO MI HORARIO LABORAL

Nombre: NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

Documento: 52'897.469

Cargo: AUXILIAR DE ATENCION AL USUARIO

Fecha: 1 MARZO 2021

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.897.469**

QUIROGA DIAZ

APELLIDOS

NOHORA PATRICIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1981**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-MAR-2000 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00824956-F-0052897469-20160512 0049727593A 2 46432339

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 162008447

WEB
09:51:20

Bogotá DC, 01 de marzo del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52897469:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 01 de marzo de 2021, a las 09:54:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52897469
Código de Verificación	52897469210301095431

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4289108

Bogotá D.C., 1 de Marzo de 2021 - 9:55 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE** de BOGOTA D.C.

52897469

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.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 3_VJUWT_559
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

PDF Complete
Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.
Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:06:17 AM horas del 01/03/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52897469**

Apellidos y Nombres: **QUIROGA DIAZ NOHORA PATRICIA**

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 ñNO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALESò 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.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **18/12/2020**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52897469**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570002170078105**
Fecha de apertura	**18/03/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA