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: 12-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
QUILAGUY	GARZON	IVONNE EMILCE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52497547

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES JUL AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Suesca

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 5a 3b 03

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Suesca TELEFONO 3132494955

EMAIL ivonne3270@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1995

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Universitaria	8	X		TERAPIA RESPIRATORIA	7	2000	52497547

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
CURSO SOPORTE VITAL BASICO	INSTITUTO TECNOLOGIA SANITARIA	2020	10
guia para la atencion integral en salud a victimas de	centro policloinico del olaya	2018	8
diplomado en cuidado critico cardiorespiratorio en	universidad manuela beltran	2016	120
diplomado en ventilacion mecanica	universidad catolica de colombia	2005	120

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: 12-ene-2021

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA COLSUBSIDIO ROMA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	IVONNE3270@HOTMAIL.COM

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3124043993	DIA 15 MES 10 AÑO 2020	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA RESPIRATORIO	TERAPIA RESPIRATORIA	Cl. 52 Sur ##80-19

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ivonne.quilaguy@cpo.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3612888	DIA 1 MES 9 AÑO 2018	DIA 14 MES 10 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA RESPIRATORIA	UCIP	CRA 21 # 22-68

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	IQUILAGUYG@FUNDACIONHOMI.ORG.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3811970	DIA 1 MES 3 AÑO 2008	DIA 19 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA RESPIRATORIA	GERENCIA DE HOSPITALIZACION	AV CARACAS 1 13

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: 12-ene-2021

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	10	10
Pública	0	0
Total	10	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Ivonne 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.

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: 12-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52497547 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Suesca

Dirección calle 5a 3b 03 **Teléfonos** 3132494955 3132494955

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ROSELIA GARZON DE QUILAGUY	20963334	Madre
VICTOR MANUEL QUILAGUY MESTIZO	401343	Padre

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	$ 51.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 600.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 51.600.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco BBVA	Cuenta de ahorros	0769088519	CENTRO	$ 1.000,00
Banco AV Villas	Cuenta de ahorros	658780007	SUBA IMPERIAL	$ 1.000,00
Banco de Bogotá	Cuenta de ahorros	102665114	CENTRO	$ 1.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	SUESCA CUNDINAMARCA	$ 150.000.000,00
Apartamento	TRV 112C 64D 15	$ 70.000.000,00

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

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 Actualizacion: 12-ene-2021

BANCCOMEVA	CREDITO LIBRE INVERSION	$ 8.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
MAURICIO MAMBY OSPINA	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	79945273

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
TERAPEUTA RESPIRATORIA	EMPLEADA

3. FIRMA

Wonna Ovieda

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-ene-2021

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 11 de 01 de 2021

Cordialmente,

Ivonne Quiñagos
C.C. 52497547

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:

_____

_____

_____

Nombre: Ivonne Emilce Quilaguy Garzón

Documento: 52497547

Cargo: Terapeuta Respiratoria

Fecha: 11-01-2021

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL MIGUEL ANTONIO CARO

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DE SANTAFE DE BOGOTA D. C., SEGUN RESOLUCION No. 162 DEL 20 DE ENERO DE 1.994

C O N F I E R E A

Ivonne Emilce Quilaguy Garzón

IDENTIFICADO (A) CON T.I. No. 790719 06677 DE SANTAFE DE BOGOTA. D.C.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

MIGUEL ANTONIO CARO J.T.

RECTOR

Centro Educativo Distrital
MIGUEL ANTONIO CARO
RECTORIA

SECRETARIO

Centro Educativo Distrital
MIGUEL ANTONIO CARO
SECRETARIA

REGISTRO INTERNO

ACTA No. 003

FOLIO No. 09-98

Este Diploma no requiere ser Registrado en la Secretaria de Educación

República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No. 22215 del 9 de Diciembre de 1983

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

Ivonne Emilce Quilaguy Garzón

C.C. 52.497.547 Santa Fe de Bogotá, D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de:

Terapeuta Respiratorio

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá, D.C. 16 de marzo de 2001

Rector

Secretaria General

Decano

Libro de Registro No.: 1
Anotado al folio: 115

Centro Educativo Distrital
MIGUEL ANTONIO CARO

JORNADA TARDE

En la ciudad de Santafé de Bogotá D. C., a los DOS (2) día(s) del mes de DICIEMBRE de 1.9 95 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del Centro Educativo Distrital "MIGUEL ANTONIO CARO" Jornada T a r d e, Institución Aprobada hasta el año de 1.997 en el n i v e l d e Educación Media Vocacional y Autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D. C., para otorgar el Título de B A C H I L L E R en la modalidad A C A D E M I C A según Resolución No. 162 del 20 de Enero de 1994.

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 T I T U L O D E B A C H I L L E R A C A D E M I C O al graduando cuyos nombres, apellidos y Número del documento de identidad se relacionan a continuación :

NOMBRE QUILAGUY GARZON IVONNE EMILCE

C. C. ó T. I. No. 790719-06677 **de** SANTAFE DE BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 003 de fecha 2 DE DICIEMBRE DE 1995 que consta de 186 alumnos graduados, comienza con el nombre de ACERO VILLAMIL MARCELA y se cierra con el nombre de YEPES MAYORGA CARLOS FERNANDO

Firmada y Sellada por: GLADYS MARTINEZ DE MEJIA (Rectora) y NANCY CUBILLOS SANCHEZ (Secretaria).

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 2 días del mes de DICIEMBRE de 1.9 95

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981

Centro Educativo Distrital
MIGUEL ANTONIO CARO
RECTORIA

Centro Educativo Distrital
MIGUEL ANTONIO CARO

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA

ACTA DE GRADO INDIVIDUAL

En la ciudad de Bogotá, D.C. el día **13 del mes de Marzo de 2008,** siendo las **3:00p.m.,** se llevó a cabo el acto de graduación, en el cual la **UNIVERSIDAD EAN,** legalmente autorizada para el efecto y previo juramento de rigor, otorgó a **IVONNE EMILCE QUILAGÜY GARZÓN** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **52497547** de **Santafé de Bogotá D.C.** y quien cumplió con todos los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos de la Institución, el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA,** mediante el diploma que lo(a) acredita como tal, anotado en el Libro de Registro de Títulos de la Facultad de Postgrados Nº **2**, Folio **34**, Registro Nº **506**

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado por quienes en ella intervinieron.

Firmada por:

JORGE ENRIQUE SILVA DUARTE, Rector
SANTIAGO PINILLA VALDIVIESO, Secretario General
CARLOS JULIO RUIZ VELASCO, Coordinador Registro Académico

Es fiel copia tomada del Acta de Grado General Nº **92** del día **13 del mes de Marzo de 2008**

CARLOS JULIO RUIZ VELASCO
Coordinador Registro Académico
Secretaría General

DEL AREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA: Que en el libro de Actas de la Fundación, se encuentra el ACTA DE GRADO NO. 102. En a los dieciséis (16) días del mes de marzo de dos mil uno (2001), siendo las once (11:00) de la mañana convocados por Resolución No. 057 de marzo nueve (09), se reunieron en LA SALA DE JUNTAS DE LA RECTORIA, el Rector doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, el decano de la Facultad de TERAPIA RESPIRATORIA, doctor: JOSE CARDONA ARIAS, y la Secretaria General de la Fundación, doctora MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, para presidir la ceremonia de grado de: IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZÓN identificada con cédula de ciudadanía No. 52.497.547 Santa Fe de Bogotá D.C quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum y presentó PRACTICAS HOSPITALARIAS, cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa de TERAPIA RESPIRATORIA y habiéndose hecho merecedor a recibir el título de: TERAPEUTA RESPIRATORIO el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, y por el Consejo Superior mediante Acuerdo No. 053 de mayo 12 de 1993. Previa entrega de los diplomas, se tomó el juramento de rigor al (los) graduando (s), quien (es) prometió (prometieron) cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Acto seguido, el señor Rector presentó su saludo en nombre de la Fundación. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos en tomo 1 folio 115, número 4128.

(Fdo) PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, Rector

(Fdo) JOSÉ CARDONA ARIAS, Decano Facultad de Terapia Respiratoria

(Fdo) MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Es copia tomada de su original, a los dieciséis (16) días del mes de marzo de dos mil uno (2001).

NOTARIO 72 DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C. Copia fotocopia coincide en su contenido con el documento original que tuvo a la vista BOGOTA, D.C. (Art. 79 Dcto. 960/70) EL NOTARIO 72 DEL CIRCULO DE BOGOTA 22 MAR. 2001

REPUBLICA DE COLOMBIA

LA UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA

"S A N T A C L A R A"

Certifica que:

IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON

C.C. No. 52497547

Ha recibido Inducción, Capacitación y Entrenamiento Específico en la atención del Paciente en el Servicio de la Unidad de Cuidado Crítico.

Durante su permanencia en la Unidad ha alcanzado los objetivos y entrega que es requerida en el Servicio de la Unidad de Cuidado Crítico.

Para constancia se expide en Bogotá, D.C. a los 4 días del mes de Diciembre de 2020.

GUILLERMO ORTIZ RUIZ

Referente Unidades de Cuidado Intensivo

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E

Bogotá D.C Enero 6/2021

Señores:

Fundacion Universitaria del area Andina
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Ivonne Emilce Quilaguy Garzon 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:

Terapeuta Respiratoria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Ivonne Quilaguy

No. de documento: 52497547

Tarjeta profesional No: 52497547

Dirección de contacto: Tv 112c 64D 15 int 4 - Apto 503

Teléfono: 3114528904

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

RESOLUCIÓN 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DE MINEDUCACIÓN

CERTIFICA QUE:

IVONNE EMILSE QUILAGUY GARZON

Con Cédula de Ciudadanía No. 52497547 de Bogotá D.C.

Cursó y aprobó el Diplomado en:

CUIDADO CRÍTICO CARDIORRESPIRATORIO EN NEONATOS Y PEDIATRÍA

Realizado del 19 de septiembre al 5 de noviembre de 2016
Con una duración de 120 horas.

Alejandra Acosta Henríquez
Rectora

Jenny Rocío Rodríguez Sánchez
Secretaria General

Karina Alexandra Bello Munar
Directora Programa Terapia Cardiorrespiratoria

Se expide en Bogotá D.C.; a los 05 días del mes de noviembre de 2016

07007

THOMAS GREG & SONS.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA

Dirección de Extensión

Certifica que

Ivonne Emilce Quilaguy Garzón

Identificada con cédula de ciudadanía N° 52.497.547

Asistió y cumplió con los requisitos académicos para ser reconocido como

Diplomado en Ventilación Mecánica

El Programa se realizó en 120 horas académicas, en el periodo comprendido entre el 11 de febrero al 14 de mayo de 2005 en las instalaciones de la Universidad

Dado en Bogotá, D.C. a los 14 días del mes de mayo de 2005

ANA LUCÍA CHAVES CORREAL
Decana Académica

MARÍA FERNANDA GUZMÁN BECERRA
Directora científica Diplomado

DE2005145108

Medicall
Talento Humano

Centro Policlínico del Olaya
Todo por la Salud y la Vida

Certifican que:

IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON
C.C. N° 52497547

Cursó y aprobó satisfactoriamente
los contenidos de la certificación en

GUÍA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL E INTRAFAMILIAR

Se expide a los 25 días del mes de Diciembre de 2018

ERIKA CHICA CADENA
Profesional Sénior en Capacitación y Desarrollo
MEDICALL TALENTO HUMANO

Dr. RICARDO URIEL HERRERA ROJAS
Jefe División Médica
CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA

VIGILADO Supersalud

PROCESO DE TALENTO HUMANO OPERADO POR Medicall

INSTITUTO DE TECNOLOGÍA SANITARIA

CERTIFICADO REGISTRADO

2 de mayo de 2020

IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON

on número de identificación 52497547 y nacionalidad COLOMBIANA, ha superado decuadamente el curso:

Curso Online de Soporte Vital Básico

irigido a Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, en la edición online realizada ntre el 1-4-2020 y el 30-6-2020. Esta actividad docente con nº de expediente FC-153-2019 está acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las rofesiones Sanitarias - Sistema Nacional de Salud con 1,83 créditos de formación ontinuada, y el equivalente a 10 horas de formación.

rique Martínez González
ialista en Anestesia y Reanimación
tal General de Almansa

Dr. Enrique Martínez González
Director Médico
Instituto de Tecnología Sanitaria

INSTITUTO DE TECNOLOGÍA SANITARIA, S.L.
C.I.F. B-02607067
C/ Presidente Calvo Sotelo 35, Bajo
26003 - LOGROÑO - LA RIOJA

Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de La Rioja

Certificado nº 17933259

Adecco

ADECCO SERVICIOS COLOMBIA SA

CERTIFICA QUE:

'ONNE EMILCE QUILAGUY GARZON, identificado(a) con Cédula de Ciudadania número 2497547, laboró al servicio de esta compañia desde el 01/11/2019 hasta el 05/05/2020 ıediante un contrato Termino Indefinido desempeñando el cargo de TERAPEUTA ESPIRATORIO (A).

a presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a A QUIEN INTERESE, con fecha iiércoles, 13 de mayo de 2020.

tentamente

ose Mauricio Mendez Rozo
oordinador de Contratación y Gestión Documental BPO
120400 ext 381
ose.Mendez@adecco.com
alle 73 7 -78 Piso 6

NUMERO **52.497.547**

QUILAGUY GARZON

APELLIDOS

IVONNE EMILCE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-1979**

SUESCA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-AGO-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto [0 2] Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14430001229

(415)7707212489984(8020) 000001443000122 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52497547	9	Impuestos de Bogotá [3 2]	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida [2]	Cédula de ciudadanía [1 3]	52497547	19970827

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
QUILAGUY	GARZON	IVONNE	EMILCE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: TV 112 C 64 D 15 IN 3 AP 403 CON CAMINOS DE ENGATIVA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
elve45@hotmail.com		4416921	3114528904

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	
8692	2004 03 10	0010	2016 01 01			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: [0] 61. Fecha: [2017 09 03]

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

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

984. Nombre: QUILAGUY GARZON IVONNE EMILCE
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 03-09-2017 09:37:25PM

Secretaría de Hacienda

Fecha:08/06/2020

CONTRIBUYENTE	C.C. 52497547	IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: TV 112C 64D 15 IN 3 AP 403 Teléfonos: 4416921

Dirección electrónica: ivonne3270@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 10/03/2004 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE BACHILLERATO
CENTRO DE ESTUDIOS DE BACHILLERATO
"ING. MANUEL MESTAS IBARRA"
CLAVE 23EBH0002R
TURNO MATUTINO

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D.C.

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

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) QUILAGUY GARZON IVONNE EMILCE Identificado(a) con CC número 52497547 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su TITULO de TERAPEUTA RESPIRATORIA (O) otorgado por LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 16/03/2001 y registrado en el libro 1 Folio 115 año 2001

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a QUILAGUY GARZON IVONNE EMILCE identificado(a) con CC número 52497547 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de TERAPEUTA RESPIRATORIA (O) en el Territorio Nacional.

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

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

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

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Director de Desarrollo de Servicios de Salud

VRS

MAY 022
IVONNE EMILCE QUILA
52497 54
036355 de AK
IVONNE EMILCE Quilaguy

ultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Resultado General - 2020-06-08--10:37:23 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	52497547	IVONNE	EMILCE	QUILAGUY	GARZON	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON identificado(a) con CC 52497547 registra siguiente información:

2020-06-08--10:37:23 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Terapia respiratoria	2001-05-07	3635	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de lud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de lud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes esolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría lud, y según la profesión, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humar lud (ReTHUS).

QUEMA ANTIRRABICO

	FECHA	FIRMA

VIGILADO Supersalud

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

19056

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE Ivonne Emilce Quilq

FECHA DE NACIMIENTO 19-07-79 SEX

TELEFONO C.C 52.497.541

Sv00

VACUNAS		FECHA	FIRMA
	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
	Sarampión		
	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	1ª Dosis	31 ENE 2010	AHABB15DE
	2ª Dosis	05 MAR 2010	
	3ª Dosis	02 AGO 2010	
	Refuerzo	23 ENE 2012	HepB

VACUNAS		FECHA
T.D.	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	Refuerzo	
TETANO	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	Refuerzo	
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años)		
FIEBRE TIFOIDEA		
Neumococo Conjugado	1ª	
	2ª	
	3ª	
	4ª	
Neumo. Polisacarido	1ª	
	Refuerzo	
Hepatitis A	1ª	
	2ª	
Varicela	1ª	
	2ª	
Influenza (Gripe)	1ª	
	2ª	

20 SEP 2009 B6180 Valida x 10 años

Twinrix™ LOT. AHABB15 EXP. 01-2011 AHABB15DE

Twinrix™ LOT. AHABB191AD EXP. 02-2012

13 SEP 2018 AHAVCTEMP2

Priorix™ 1 dose/dosis (0.5 ml) 1 dose for/pour reconstitution 1 dosis para reconstitución Inj./Inyec. : S.C. or I.M. 468369

Measles, mumps and rubella vaccine Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola Storage/Cons. : 2°C - 8°C Do not freeze/ Ne pas congeler/ No congelar GSK Biologicals s.a. Rixensart – Belgium

10-2020

SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN SALUD OCUPACIONAL SEMESO

Dr. ALEXANDER DURAN M.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro. Licencia. 1024/02-02-12

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL PARA:

(En cumplimiento de lo estipulado en la NTC 4115 y las resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012)

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		ESP.CONFINADOS		TRAB. ALTURAS		MAN. ALIMENTOS	

FECHA: 09/06/20	**CC: 52.497.547**
NOMBRE: IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON	**SEXO: FEMENINO**
EDAD: 40 AÑOS	**CARGO:** TERAPEUTA RESPIRATORIA
EMPRESA: HOSPITAL DE SANTA CLARA	**NIT:**



Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito del examen ocupacional solicitado por ustedes con el siguiente resultado de la valoración médica:

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN	SI/NO	RESULTADOS
MEDICO OCUPACIONAL	**SI**	**CLINICAMENTE NORMAL**
AUDIOMETRIA	**NO**	
VISIOMETRIA	**NO**	
CARDIOVASCULAR	**NO**	
OSTEOMUSCULAR	**SI**	**CLINICAMENTE NORMAL**

LABORATORIO CLINICO

HEMOGRAMA: **NO**	GLICEMIA:	NO	SEROLOGIA:	**NO**	
COLESTEROL: NO	TRIGLICERIDOS:	NO			

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES	**X**	**APLAZADO**	
APTO CON RESTRICCIONES		**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**	
EGRESO: SIN ENF LABORAL		**POSIBLE ENFERMEDAD LABORAL**	

TIPO DE RESTRICCION: NINGUNA.

RECOMENDACIONES GENERALES

INDUCCION AL CARGO, USO DE ELEMENTOS PERSONALES DE PROTECCION, PAUTAS DE AUTOCUIDADO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DURANTE 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS, ERGONOMIA Y CONTROL DE ESTRÉS LABORAL, CHARLAS PARA PREVENIR EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO Y EL ACOSO LABORAL U OTROS HOSTIGAMIENTOS. MANTENER EL LUGAR DE TRABAJO EN ORDEN Y ASEO.

RECOMENDACIONES PERSONALIZADAS/ REMISIONES

CONTROL DE PESO Y NUTRICION POR SU EPS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: AUTORIZO A EL (LA) DOCTOR (A) MENCIONADO (A) EN EL PRESENTE DOCUMENTO A REALIZAR EN MI EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES), REGISTRADO (S) EN ESTE CERTIFICADO. ASI MISMO DECLARO QUE SE ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA Y EL PROPOSITO DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES) CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE. RESOLUCIÓN 2346/2007. ART 10 Y RESOLUCIÓN 1918/2009 Y NO HE OMITIDO INFORMACION SOBRE MI ESTADO DE SALUD. HE RECIBIDO, COMPRENDIDO Y TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ANALIZAR EL PROPOSITO, LOS BENEFICIOS, LA INTERPRETACION, LAS LIMITACIONES Y RIESGOS DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES). APARTIR DE LA ASESORIA PRESTADA ANTES DE LA RESPECTIVA TOMA DE LAS PRUEBAS; ENTIENDO QUE LA REALIZACION DE ESTA (S) PRUEBA (S) ES VOLUNTARIA Y QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE RETIRAR MI CONSENTIMIENTO ANTES DE QUE SE REALIZARA EL (LOS) EXAMEN (S). FINALMENTE AFIRMO QUE HE RECIBIDO Y ENTENDIDO LAS RECOMENDACIONES Y CONCEPTO LABORAL DEL PRESENTE DOCUMENTO, ACEPTANDO ADEMAS QUE ESTE EXAMEN NO TIENE VALIDES PARA LICENCIA DE CONDUCCION AUTOMOTRIZ, NI PORTE NI TENENCIA DE ARMAS.

AUTORIZACION DE TRATO DE INFORMACION: SEMESO, COMO RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION, MANIFIESTA QUE NO COMPARTIRA, NI ENTREGARA A TERCEROS NO AUTORIZADOS EXPRESAMENTE POR EL TITULAR, LA INFORMACION DE CARÁCTER PERSONAL, MEDICA, O DE CUALQUIER INDOLE, ENTREGADA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO. EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581/2012, PARA LA PROTECCION DE DATOS PERSONALES, LA LEY ESTATUTARIA 1266/2008, CON LAS DISPOSICIONES GENERALES DEL HABEAS DATA Y LA REGULACION DEL MANEJO DE LA INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS PERSONALES. SOLAMENTE EL USUARIO AUTORIZA A QUE SEA CONOCIDO Y COMPARTIDO EL CONCEPTO LABORAL PRESENTE EN LA NATURALEZA DEL MISMO DOCUMENTO. AUTORIZO A SEMESO PARA QUE SUMINISTRE A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADOS EN LA LEGISLACION VIGENTE Y PARA LAS SITUACIONES CONTEMPLADAS EN LA MISMA (Resolución 6398/91), LA INFORMACION REGISTRADA EN ESTE DOCUMENTO, PARA EL BUEN CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD OUPACIONAL. POR ULTIMO MANIFIESTO QUE HE LEIDO Y COMPRENDIDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI CONSENTIMIENTO.

Dr. Alexander Duran M.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Res. 1024/02-02-12

Ivonne Quilaguy

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR
52497547 BTA'

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON

C.C. 52.497.547

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA), EL DÍA 13 DE JULIO DE 2015
DURACIÓN 08 HORAS, según Resolución 0459 del 2012.

TEMARIO: Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual, Atención inicial a nivel psicosocial y comunicación asertiva con las victimas de violencia sexual infantil, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias, Valoración clínica inicial de la víctima., Examen clínico general de la víctima en violencia sexual, Pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la victima de abuso sexual, Señales de alerta para identificar una víctima de violencia sexual infantil, Prevención de la violencia sexual infantil y detección oportuna, Cadena de custodia según marco legal.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS–ACLS , CORAT.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DR. CARLOS CARDONA SANMIGUEL.
MEDICO RM 3387/13
COORDINADOR MEDICO
ENTRENADOR BLS-ACLS (AHA)
CIE, CORAT ANFIBIO

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. 4461 DEL 24 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT: 900386743-5

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

FECHA DE RENOVACIÓN SVB –BLS JULIO 2017.

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Ivonne Emilce Quilaguy Garzon

C.C. 52.497.547 De Bogotá

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LOS LINEAMIENTOS DE LA AHA, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 DEL 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101268.

DADO A LOS 14 DIAS DEL MES DE ENERO DEL 2021, CON UNA DURACIÓN DE 48 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABER SALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 48 FOLIO 1055

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

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:	12-01-21	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	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Quiroga	Garzon	Ivonne	Emilce

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52497547	Bogota		27-08-1997
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐			

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
19-07-1979	Suesca	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 ☐	VIUDO(A) ☐	1	0	3114528904

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 5 # 3B 03	Suesca	Cundinamarca	Colombia	-

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
Ivonne3270@hotmail.com		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hamby	Ospina	Mauricio	

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79945273	Bogota	Cundinamarca	12-12-1995	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐			NACIONALIDAD:	Colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

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

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

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 centro Oriente Hospital Santa Clara	900959057-7

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
Cra 14B-1B-45 Sur	3283105	Bogota	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)
Terapeuta Respiratoria	15-06-2020

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	4.900.000	GASTOS FAMILIARES	500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	400.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	1.000.000	PROPIEDADES	150.000.000	DEUDAS TERCEROS	600.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	200.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	4.900.000	TOTAL EGRESOS	1.700.000	TOTAL ACTIVOS	150.000.000	TOTAL PASIVOS	1.000.000

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

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
Bayona	Pinzon	German	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cra 11D # 70D 17.	Bogota Cundinamarca	Amigo.	3127042088

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Av Villas	Cuenta Ahorros		Suba	7447777

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":

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.

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los 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 Titulo 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.

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

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.):

Terapeuta Respiratorio

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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)

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

Ironne E Quiagoth.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice 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**			

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales

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 *

ivonne3270@hotmail.com

Documento de Identidad *

52497547

Nombres y apellidos *

IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON

Número de contacto *

3132494955

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUILAGUY GARZON IVONNE EMILCE** identificado(a) con **CC** número **52.497.547** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de enero de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **52497547** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52497547
NOMBRES Y APELLIDOS	IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/02/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	148
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **11/01/2021**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

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

52497547
Numero de Documento

positivo
ARL

Ivonne | Emilce | Quiroga | Garzón
Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

19-07-1979 | Suesca | Cll 5ª 3b-03 |
F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo

Sura
EPS - Salud

Proteccion
AFP - Pensiones

$
Honorarios

Terapeuta Respiratoria
Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Ivonne3270@hotmail.com
Correo Electrónico

311-4528904
Celular

Ivonne Quiroga
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52,046.298

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 157855452

WEB
08:52:11

Bogotá DC, 11 de enero del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52497547:

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 11 de enero de 2021, a las 08:54:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52497547
Código de Verificación	52497547210111085430

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.

FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTOYA
CONTRALOR DELEGADO (E)

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4115657

BogotÃ¡ D.C., 11 de Enero de 2021 - 8:56 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) **IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE** de BOGOTA D.C.

52497547

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_BP934_568
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:00:06 horas del 11/01/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52497547**
Apellidos y Nombres: **QUILAGUY GARZON IVONNE EMILCE**

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

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

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

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

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

Banco AV Villas Grupo AVAL

BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"

NIT: 860.035.827-5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que IVONNE EMILCE QUILAGUY GARZON identificada con el documento No. 52497547 posee en la oficina PLAZA IMPERIAL (656) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 658780007 desde el 11 de septiembre de 2018.

FECHA DE EXPEDICION: 2021/03/08