

Buscar por proceso Menú ▼

Buscar

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Irma Milena Rueda Niño,

Irma Milena Rueda Niño con el NIT 1010207284 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 >



HOJA DE VIDA

PRIMER APELLIDO <u>Rueda</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Niño</u>	NOMBRES <u>laura Milena</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1010.207.284</u>		SEXO F ☒ M ☐
NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐		
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>18</u> MES <u>03</u> AÑO <u>1993</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cll 8a # 8a-89 sur Apto. 316</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3214972243-3334485</u> EMAIL <u>milenarueda89@gmail.com</u>

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	☒	6o.	7o.	8o.	☒	10	☒	FECHA DE GRADO
										MES <u>12</u> AÑO <u>2009</u>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>UN</u>	<u>8</u>	☒		<u>Enfermera</u>	<u>07</u>	<u>2017</u>	

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
<u>Inglés</u>	☒			☒			☒		

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Conesalud SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD laura.guerra@conesalud.com	
TELÉFONOS 321 491 7379	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 08 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 06 MES 01 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Promoción y Prevención	DIRECCIÓN CRA 13 #37-37 Teusquillo	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	4.5 meses
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	4.5 meses

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá, 07 de junio de 2018

Irma Milena Rueda Niño
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



Departamento
Administrativo
de la Función
Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Irma Milena Rueda Niño

IDENTIFICADO CON:

C.C. ☒

C.E. ☐

OTRO ☐

No.

1.010.207.284

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN

Calle 8a #8a - 89 sur. Apto. 316

TELÉFONOS

333 44 85 - 321 49 2243

MUNICIPIO

Bogotá

DEPARTAMENTO

Cundinamarca

PAÍS

Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Estela Niño Carreño</u>	<u>41.466.992</u>	<u>Madre</u>
<u>Monica Alexandra Rueda Niño</u>	<u>1.013.605.641</u>	<u>hermana</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☒ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR

LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR

INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>7'840.000</u>
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	<u>7'840.000</u>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Grupo Bancolombia</u>	<u>Ahorros</u>	<u>64060743256</u>	<u>Sede Javeriana</u>	<u>900.000</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco de Occidente	Tarjeta de crédito	603.829.00
Grupo Bancolombia	Tarjeta de crédito	284.900.00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Irma Hilario Rueda Lino
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá, 07 de junio de 2018
CIUDAD Y FECHA

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERÍA JURÍDICA: RES. 73-12 DE DICIEMBRE 1933 - MINGOBIERNO

EN ATENCIÓN A QUE

IRMA MILENA RUEDA NIÑO

CC.10.000724

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA
UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO
EN LA FACULTAD DE

ENFERMERÍA

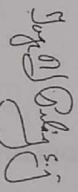
LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE

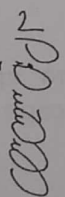
ENFERMERA

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELAMOS ESTE DIPLOMA
NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, EL SECRETARIO GENERAL Y EL DECANO DE FACULTAD
EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 28 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2017

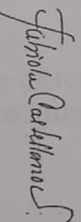
RECTOR



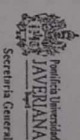
SECRETARIO GENERAL



DECANO DE FACULTAD



No 171125



Este Diploma está registrado en el
Ministerio de Educación Nacional
Bogotá, 28 de julio de 2017

Secr. Gen. P.U.J.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE GRADO N° 201707280901

En la ciudad de Bogotá el día 28 de Julio de 2017 se llevó a cabo el acto de graduación en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ENFERMERA

A

IRMA MILENA RUEDA NIÑO

identificado(a) con CC N° 1010207284 quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma N° 171125 que lo(a) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá, D.C. 28 de Julio de 2017.



Jairo H. Cifuentes Madrid
Secretario General

Firmada digital y electrónicamente. Según lo dispuesto en la ley colombiana, para su verificación consulte la página web de la Universidad, en Todos Los Servicios, Verificación de Certificados Digitales, código: H454634689199

222906



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

IRMA MILENA RUEDA NIÑO

Código 1.010.207.284

ASISTIO AL CURSO

ASESORIA, POSICIONAMIENTO Y RETIRO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO D.I.U.

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCION 412 DE 2000, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014, LAS NORMAS DE COMPETENCIA LABORAL 230101068, 230101217, 270405039, 280201085 DE LA COMISION INTERSECTORIAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD Y LA NORMA TECNICA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de Septiembre de 2017.
Validez 2 años.



CENTRO DE CAPACITACION EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Paola Vieda
Ministerio de Educación Nacional

Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190

info@capacitacionessos.net

www.capacitacionessos.net

David Londoño

Sub Dirección Académica

CERTIFICA QUE :

IRMA MILENA RUEDA NIÑO

c.c. 1.010.207.284

ASISTIO AL CURSO

TOMA DE CITOLOGIA CERVICO UTERINA

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCION 412 DE 2000, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014, LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 20332810110304 DE LA COMISION INTECSECTORIAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, NORMA TECNICA PARA LA DETENCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS



Dado en Bogotá D.C., a los 18 días del mes de Agosto de 2017.
Validéz 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal - Decreto 4904 / 2009

Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda

Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190

info@capacitacionessos.net

www.capacitacionessos.net

David Londoño

Sub Dirección Académica

MSD

Hace constar que

IRMA MILENA RUEDA NIÑO

Participó en la

“Sesión Teórico-Práctica de Entrenamiento en la Técnica de Inserción
y Retiro del Implante Anticonceptivo Implanon NXT”

Se realizó el día 24 de AGOSTO del año 2017 por el (la)
enfermero(a), SANDRA VIVIANA BERDUGO

Jaime Ruiz Sternberg

Dr. Jaime Ruiz Sternberg
Director Médico
MSD Colombia

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Irma Milena Rueda Niño 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:

Enfermera
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Irma Milena Rueda Niño

No. de documento:

1.010.207.284

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Calle 8a # 8a - 89 sur. Apto: 316

Teléfono:

333 44 85 - 321 497 2243

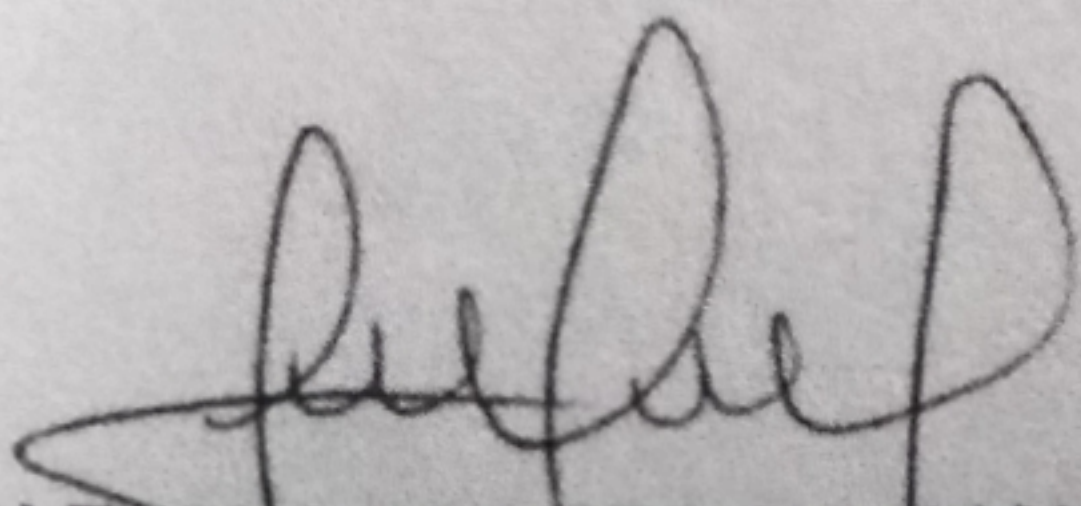
COORDINACION DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que el señor (a) **RUEDA NIÑO IRMA MILENA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **1010207284** laboró en **CORVESALUD S.A.S** con contrato a término FIJO desde el 15 de agosto de 2017 hasta el 6 de enero de 2018. Desempeñando el cargo de ENFERMERA JEFE.

Se expide la presente certificación en Bogotá, D.C., a los diecinueve (19) días del mes de enero del año 2018.

A solicitud del interesado.



ALEXANDRA PERILLA CANO
Líder de Nómina y Gestión Humana

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.207.284

RUEDA NIÑO

APELLIDOS

IRMA MILENA

NOMBRES

Irma Milena Rueda Niño

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

18-MAR-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

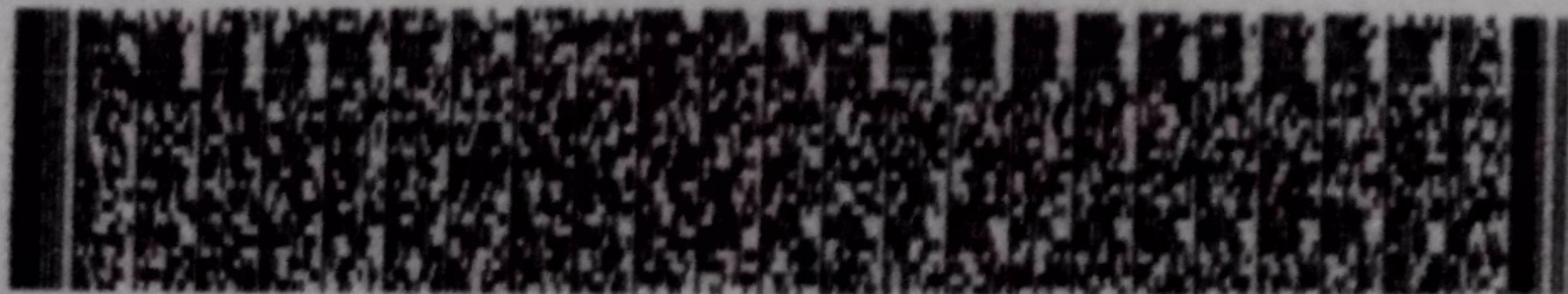
SEXO

22-MAR-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00290239-F-1010207284-20110407

0028603096A 1

36450341

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14470699233



(415)7707212485984(8020)0000014470699233

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 0 2 0 7 2 8 4

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 1 0 2 0 7 2 8 4

27. Fecha expedición:

2 0 1 1 0 3 2 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

RUEDA

32. Segundo apellido

NIÑO

33. Primer nombre

IRMA

34. Otros nombres

MILENA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 8 A 8 A 89 SUR AP 316

42. Correo electrónico:

milenatoon_13@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

3 2 1 4 9 7 2 2 4 3

3 3 3 4 4 8 5

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 6 0 8

Actividad secundaria

48. Código:

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 6 0 8

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 6 0 8

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 RUEDA NIÑO IRMA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 08-06-2018

Hora: 9:05:51 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1010207284-2 IRMA MILENA RUEDA NIÑO

Información General

Dirección CL 8 A 8 A 89 SUR AP 316

Teléfonos 3214972243/3334485

Dirección electrónica milenatoon_13@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/01/2018

Soporte Inscripción 20715160

Fecha Inicio Actividades 07/03/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE
APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

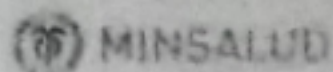
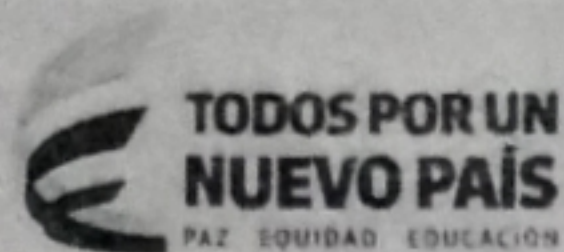
Código de Verificación de Información: 18002952882

MEJOR
PARA TODOS

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

Fuente ICA TE TOCA

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

IRMA MILENA RUEDA NIÑO

C.C. 1.010.207.284

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-07-28

FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-09-04



11747

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad
con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la
Organización Colegial de Enfermería.

Irma Milena Rueda Niño

FIRMA DEL PROFESIONAL

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1010207284

Primer Nombre *

Irma

Primer Apellido *

rueda

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo de Identificación	Nro. de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1010207284	IRMA	MILENA	RUEDA	NINO	Ver

Información Detallada [CC: 1010207284] IRMA MILENA RUEDA NINO

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
NV	Local	ENFERMERIA	2017/9/04	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

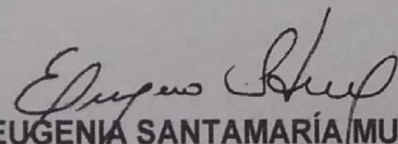
Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **IRMA MILENA RUEDA NIÑO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.010.207.284, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los siete (7) días del mes de junio del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOMBRE:

Consulte su certificado de vacunación en:

www.inmunosalud.com



BIOTOSCANA S.A. SANOFI

Soluciones Innovadoras de Significativo Avance Terapéutico

Estar vacunado es estar protegido



VACUNA

DOSIS
REFUERZO

LOTE

FECHA APLICACIÓN

FIRMA VACUNADOR

INFLUENZA

VARICELA

NEUMOCOCCO

1ra
DOSIS

1ra
DOSIS

1ra
DOSIS

VACUNA

DOSIS
REFUERZO

LOTE

FECHA APLICACIÓN

FIRMA VACUNADOR

HEPATITIS B

HEPATITIS A

1ra
DOSIS

2da
DOSIS

3ra
DOSIS

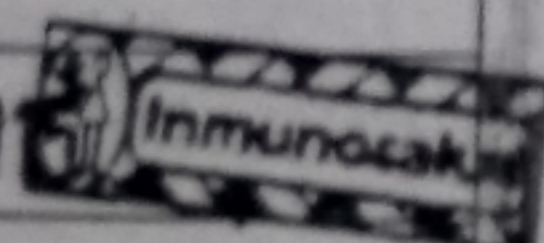
4ta
DOSIS

1ra
DOSIS

2da
DOSIS

UFX15002

02 OCT 2013



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VIGILADO

Supersalud

Consulte su certificado de vacunación en:

www.inmunosalud.com

NIT 900174965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

NOMBRES: Irma Hilene Rueda Niño

DOCUMENTO: 1010207284

TELÉFONO:

288 4070
Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

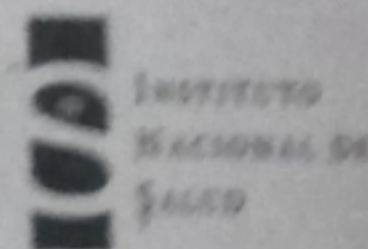
Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Irene Milena

Apellidos:

Rueda

Documento de identidad:

☒ C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte

No. 93031805854

Fecha de nacimiento:

Día 18 Mes 03 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	07 FEB 2011	JAVESALUD TPE	
	2	14/03/2011	02449036A	
	3	29/09/2011	02449036A	
	4	1 Oct 12	02449011C	
	5	09 Enero 2014	02449009E	
Contra Hepatitis B	1	12 8 FEB 2011	9c3003	
	2	25 MAR 2011	9c3003	
	3	12 9 ABR 2011	03524001	
		04/2012	02449011C	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla			K5008	glecas
Contra Influenza	1 Oct 12	1203601 1/2	1 año	
Otras				
Triple viral	12 9 ABR 2011	65269		

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

Consérvelo

de requerir el certificado Internacional de Vacunación
tis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

3 MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Irma Milena

Apellidos:

Piedra Niño

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I.

Pasaporte

No. 1010207284

Fecha de
Nacimiento:

Día

Mes

Año

Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
1			
1			
2			
3			
4			
5			
1			
2			
3			
R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	0 1	201	NS02060715 4118	Angela Garzon
Virus de Papiloma Humano				



APELLIDOS: RUEDA NIÑO	NOMBRES: IRMA MILENA	C.C.: 1.010.207.284
CARGO: ENFERMERA	EPS: NUEVA EPS	CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.-COLOMBIA) TEL: 3214972243

FECHA: 19/01/2018	HORA INICIAL: 10:49 am HORA CIERRE: 03:54 pm
EMPRESA CONTRATANTE: PARTICULAR	EMPRESA USUARIA: PARTICULAR

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

☒ Examen Médico Osteomuscular		
---	--	--

CONCEPTO DE VALORACIÓN MÉDICA

• Apto con patología que no interviene en la labor	Recomendaciones: RECOMENDACIONES EN CUANTO ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
--	---

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

Segun IMC	Manejo por EPS/ARL	Recomendaciones Generales

CONCEPTO PVE

Recomendación PVE:	Incluir a programas:
--------------------	----------------------

Autorizo a SOH para realizar los exámenes paraclínicos y el examen médico, así como certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado. Autorizo a SOH para enviarlos a la empresa contratante y/o usuaria para incluirlos en los programas de vigilancia epidemiológica.

Maria Camila Hernandez

María Camila Hernandez
Licencia No. 1298
NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL

Irma Milena Rueda Niño

IRMA MILENA RUEDA NIÑO
C.C. No. 1.010.207.284

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

FECHA: 19/06/2018 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Rueda SEGUNDO APELLIDO: Niño PRIMER NOMBRE: Irma SEGUNDO NOMBRE: Yliana

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1.010.207.284 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá / Cundinamarca FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 22/03/2011

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 18/08/1993 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá / Cundinamarca PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASA ☐ DIVORCADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 0 NUMERO DE HIJOS: 0 TELEFONO CELULAR: 321497 2243

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: Enfermera

DIRECCION RESIDENCIA: C/18a #8a - 89 Sur. Apto 316 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 333 44 85

CORREO ELECTRONICO: milenarueda1893@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIA ☐	# NIT: <input type="text"/>
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐	ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: ☒ X		
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION		

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 0	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 0	ARRIENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sánchez	Piñeros	Jennifer	Natalia
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
El 11 # 72a-03	Bogotá / Cundinamarca	Amistad	424 3796 / 315 395 34 81

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Grupo Bancolombia	Ahorros	64060743256	Sede Javeriana	7424796

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORT ☐ EXPORT ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

Enfermera

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los 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 último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, 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 Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la 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 lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 tratan 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, enténdase 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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) Envío 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 médica, 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de 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 sarlaf@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, (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: Da manas averas. AUTORIZAMOS al tratamiento de los datos personales incluidos los censales y autorizo, de por ende, la transferencia nacional e internacional de

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

Irma Milena Rueda Niño

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA	
1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre del funcionario o Asesor:	
4. Lugar de la Entrevista:	
5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	<div>ACEPTADO ☐</div> <div>RECHAZADO ☐</div>
7. Firma y Cédula	

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

NUEVA EPS S.A

Certifica

010 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia

CC 1010207284 IRMA MILENA RUEDA NIÑO

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A 4

Fecha Afiliación 24/09/2017 Estado Cotizante ACTIVO

Fecha Ultimo Periodo Cotizado 01/05/2018 Causal

Fecha Cancelación 00/00/0000

Beneficiarios

La presente certificación se expide el día 7 de Junio de 2018 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

JENNY LORENA NARVAEZ ROJAS
INFORMACION CALL CENTER



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **IRMA MILENA RUEDA NIÑO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,010,207,284**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Junio de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.010.207.284

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Irma

Primer Nombre

Milena

Segundo Nombre

Rueda

Primer Apellido

Niño

Segundo Apellido

18/03/1993

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Calle Ba # Ba - 89 sur Apto. 316

Dirección de Residencia

333 44 85

Teléfono Fijo

Nueva EPS

EPS - Salud

Ponvenir

AFP - Pensiones

\$ 2'800.00

Honorarios

Enfermera

Escriba su perfil tecnico o profesión

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

milena.rueda.1893@gmail.com

Correo Electrónico

321 497 2243

Celular

Irma Milena Rueda Niño

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110808772



WEB

01:41:55

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de junio del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) IRMA MILENA RUEDA NIÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010207284:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

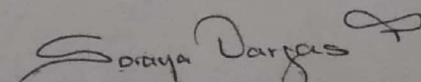
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 08 de junio de 2018, a las 01:47:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1010207284
Código de Verificación	1010207284180608014739

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



Bogotá D.C., 8 de Junio de 2018 - 1:52 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIEZ MILLONES DOSCIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO**

1010207284

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 figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **6_E9DYB_521**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:01:53 horas del 08/06/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 1010207284
Apellidos y Nombres: RUEDA NIÑO IRMA MILENA

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.

Referencia Bancaria

Viernes, 19 de Enero de 2018

Señor(a)
a quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que IRMA MILENA RUEDA NI#O identificado(a) con CC 1010207284, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	64060743256	2016/06/03	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma

Bancolombia 