

SECOP II | Colombia Compra Eficiente

Ver Datos de la Entidad

Es seguro

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?pageid=14001307

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 16:41:29

MYRIAN CASTELLANOS

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escriorio

Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Id de página: 14005968

Ayuda

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Información general

Logo de la entidad

Compradores

Proveedores

Nombre de la entidad

MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO

Nombre abreviado

MYRIAN CASTELLANOS

Fecha de incorporación

16/11/2017 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

País de origen

COLOMBIA

NIT

51801849

Tipo Entidad Estatal / Proveedor

Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección

CARRERA11B ESTE 42 A 72 SUR

País

COLOMBIA

Ciudad

Distrito Capital de Bogotá

Municipio

Bogotá

Código postal

Teléfono de oficina

3132728072

Fax de oficina

Correo electrónico de la oficina

myriam.150665@hotmail.com

Correo electrónico para notificaciones SECOP II

myriam.150665@hotmail.com



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL TRABAJO, DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTELLANOS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BEJARANO	NOMBRES MYRIAN STELLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 51801849	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 15 MES JUN AÑO 1965 PAIS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 11 B ESTE 42 A 76 SUR PAIS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2069513 EMAIL myriam.150665@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 BÁSICA											TÍTULO BACHILLER	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	AÑO
										X	NOVIEMBRE	1984

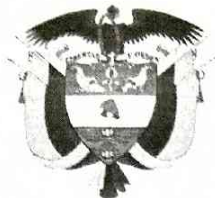
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad academia escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).
ES (Especialización). MG (Maestría 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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	12 1993	52801849



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

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
SUBRED CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2091480	DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AMBULANCIAS	TRANSVERSAL 5A ESTE 19 - 50 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2091480	DÍA 9 MES 7 AÑO 2003		DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	HOPITALIZACION Y AMBULANCIAS	KRA 12A ESTE 42A32 SUR	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	14	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	14	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI SI NO 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

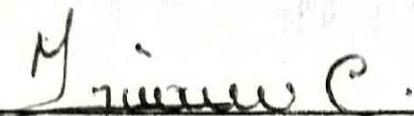
ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 51801849

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRA 11 B ESTE 42 A 76 SUR

Teléfonos 3132728072 2069513

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ZAYDA JULIANA CASTELLANOS BEJARANO	1000930365	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 16.800.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 16.800.000,00

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 DAVIVIENDA	AHORROS	008480263436	20 DE JULIO	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E S E

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

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:

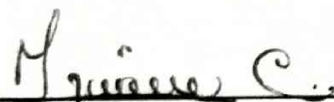
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO COOPERATIVO DE ALTAMIRA
Y BARRIOS SUR ORIENTALES

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN
RESOLUCION No. 4117 DEL 28 DE JUNIO DE 1977

CONFIERE A

MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO

IDENTIFICADO CON 650615-07453 DE Bogotá

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.

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN, Bogotá, D. C., DE JUNIO DE 1984.

ANOTADO AL FOLIO 31 R LIBRO DE REGISTRO No. 136

Nº 340684

SECRETARÍO DE EDUCACIÓN

República de Colombia

La Escuela de Auxiliares de Enfermería del Centro de Capacitación Unisalud

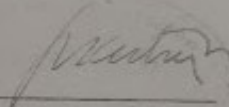
de Santafé de Bogotá, D.C.

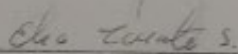
Licencia 3623. Resolución 06194 del 27 - 10 - 85
Acuerdo 37 del 6 - 4 - 92 del Ministerio de Salud.

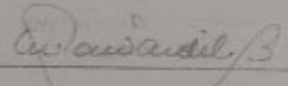
Confiere el Certificado de
Auxiliar de Enfermería

a:
Myriam Stella Castellanos Bejarano
Identificada con c.c. 54.801.849 de Bogotá.

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
en educación no formal con 3000 horas Teórico-prácticas.

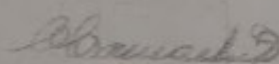

Director


Secretaria Docente


Profesor

Dado en Santafé de Bogotá a los 10 días del mes de Diciembre de 1993

Secretaría de Educación





El Colegio Cooperativo de Altamira
y Barrios Sur Orientales

TRANSVERSAL 11 A ESTE No. 44-15 AL 31 SUR

JORNADA DIURNA "MAÑANA"

Inscripción S. E. 1617

DANE 311001-01648

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de BOGOTÁ, D. E. a los VEINTISIETE (27) día(s) del mes de ENERO de 1.9 84 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del Colegio Cooperativo de Altamira y Barrios Sur Orientales Institución aprobada hasta GRADO ONCE (11) en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar El Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución No. 6117 DEL VEINTIOCHO(28) DE JUNIO DE 1.97

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRE MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO

C. C. 6 T. 1 No. 650615-07453 DE BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 04 de fecha ENERO 27 DE 1.984 que consta de SEIS alumnos graduados, comienza con el nombre de ROSA ELENA AGUIRRE MORENO y se cierra con el nombre de NOHORA JANET ROJAS BEJARANO, Firmada y Sellada por HERNANDO GARCIA CASTAÑEDA Rector(a) y NUBIA GARDENAS DE ORTIZ Secretario(a).

Dada en BOGOTÁ, D. E. a los 31 días del mes de DICIEMBRE de 1.9 84

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

[Firma]

[Firma]



Centro de Capacitación UNISALUD

Aprobado por el Ministerio de Salud Acuerdo 37, de 06-04 de 1992
Licencia 3623, Resolución No. 06194 del 27 de Octubre de 1985
de la Secretaría de Educación del Distrito

ACTA No. 14

En el Auditorio de la Carrera 23 No. 47-51 Piso 3o. de esta ciudad, en acto presidido por el Médico Director de la Escuela de Auxiliares de Enfermería del Centro de Capacitación UNISALUD y con la asistencia del cuerpo de profesores, previo juramento de rigor, se le hizo entrega a:

MYRIAM STELLA CASTELLANOS BÉJARANO

Con Cédula de Ciudadanía No. 51'801.849 de Bogotá, del certificado que la acredita como:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Por haber cumplido todos los requisitos académicos y las prácticas hospitalarias reglamentarias, conforme a disposiciones legales.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Santafé de Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de Diciembre de mil novecientos noventa y tres (1.993).

X **EFRAIN GARTNER NICHOLLS**

Médico Director

ELSA ZARATE SANTAMARIA

Secretaria Docente

12 Años
Educar para Servir



EL INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO BAJO LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 114 DE 1996 Y 2883 DEL 2007
PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y ACUERDO O.M.S MATRICULA MERCANTIL 02053019 REGISTRO 030824525- NIT 79.959.925-1

EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN EN SALUD URGENCIAS Y EMERGENCIAS VERTICAL

CERTIFICAN QUE:

MYRIAN CASTELLANOS BEJARANO

CC: 51.801.949

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO SOBRE:

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

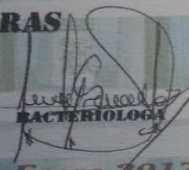
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



DIRECTOR
JUAN CARLOS JIMENEZ
DIRECTOR V.S.U.E



DIRECTORA ACADÉMICA
DRA. YESMI ADRIANA BONILLA
DIRECTORA ACADÉMICA



BACTERIOLOGÍA



Dada en Bogotá a los 03 días del mes de Enero 2017

C-0227

CODIGO DE VERIFICACION

verticalc@hotmail.com

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO

C.C.: 51801849

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Víctimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

Martha Yolanda Ruiz Valdés

Gerente

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

José Alfredo Morales Díaz

Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



*La ESE San Cristóbal
otorga el presente*
Reconocimiento

**A: MIRIAM CASTELLANOS
AUXILIAR DE ENFERMERÍA
CAMI ALTAMIRA**

*Por brindar una Trato con Calidad y Calidez a
nuestros usuarios en su atención.*

*Dado en Bogotá D.C, a los Veinticuatro(24)
días del mes de Octubre de 2014*

Raúl Andrés Munévar Niño
Gerente ESE San Cristóbal



@esesancristobal



Facebook/ESEHospitalSanCristobal



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUANA



E.S.E.
Hospital
San Cristóbal

La ESE San Cristóbal
Otorga el presente
Reconocimiento
A:

MYRIAM STELLA CASTELLANOS BEJARANO

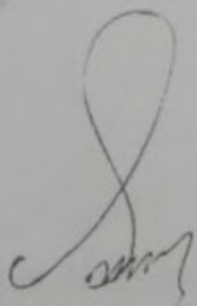
ha completado el curso

HUMANIZACION EN SALUD

Bogotá D.C., 21 de septiembre de 2014

Horas de crédito: 10

TUTOR: ALEJANDRO PEDREROS BELTRÁN


Raúl Andrés Munévar Niño
Gerente ESE San Cristóbal

LclGQapE9F
código verificación



@esesancristobal



Facebook/ESEHospitalSanCristobal

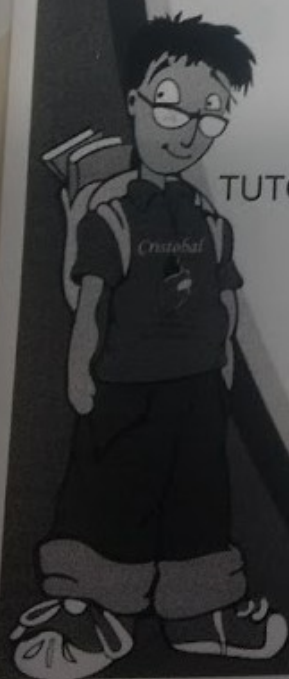


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUANA



E.S.E.
Hospital
San Cristóbal



La ESE San Cristóbal
Otorga el presente
Reconocimiento
A:

MYRIAM STELLA CASTELLANOS BEJARANO

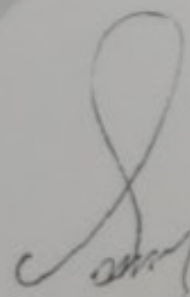
ha completado el curso

**PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN
EN SALUD.**

Bogotá D.C., 26 de junio de 2014

Horas de crédito: 12

ISABEL ESTUPIÑAN SOLORIZANO



Raúl Andrés Munévar Niño
Gerente ESE San Cristóbal

40nsrs5gLE

código verificación



@esesancristobal



Facebook/ESEHospitalSanCristobal



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA



E.S.E.
Hospital
San Cristóbal

La ESE San Cristóbal

Otorga el presente

Reconocimiento

A:

MYRIAM STELLA CASTELLANOS BEJARANO

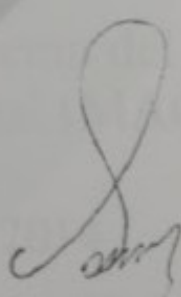
ha completado el curso

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Bogotá D.C., 26 de June de 2014

Horas de crédito: 10

Instructor: Sandra Ximena Cifuentes G.


Raúl Andrés Munévar Niño
Gerente ESE San Cristóbal

mv5hf3HMCi
código verificación



@esesancristobal



Facebook/ESEHospitalSanCristobal



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA



E.S.E.
Hospital
San Cristóbal

*La ESE San Cristóbal
otorga el presente:*

Reconocimiento

A:

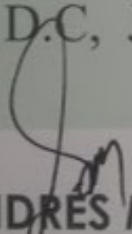
MYRIAM STELLA CASTELLANOS
BEJARANO

Por haber cursado y aprobado el curso virtual:

ACREDITACIÓN EN SALUD

Impartido a través de la Plataforma del Modelo
de Aprendizaje Organizacional (MAO-G) .

Bogotá D.C, Junio de 2014


RAÚL ANDRÉS MUNÉVAR NIÑO
Gerente ESE San Cristóbal



*La ESE San Cristóbal
otorga el presente:*

Reconocimiento

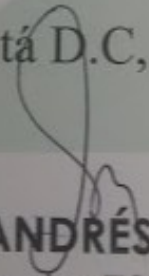
A:
CASTELLANOS BEJARANO MYRIAM
STELLA

Por haber cursado y aprobado el curso virtual:

SALA ERA

Impartido a través de la Plataforma del Modelo
de Aprendizaje Organizacional (MAO-G) .

Bogotá D.C, Junio de 2014


RAÚL ANDRÉS MUNÉVAR NIÑO
Gerente ESE San Cristóbal



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Unidad Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C.

Señores

Escuela de enfermería Unisalud.
 (NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Myrian Stella Castellano Bejarano, 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, sólo 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Auxiliar de enfermería
 (NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: 51'801.849. Bta

Tarjeta profesional No.: AE 980528

Dirección de contacto: Kra 11B E #42A - 72 Sur

Teléfono: 2069513



LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **MYRIAM STELLA CASTELLANOS BEJARANO**, identificada con CC. N° 51.801.849, presta sus servicios en la USS Santa Clara, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
351-2003	09/06/2003	30/06/2003	\$ 403.333
470-2003	01/07/2003	31/08/2003	\$ 1.100.000
581-2003	01/09/2003	30/09/2003	\$ 550.000
695-2003	01/10/2003	30/11/2003	\$ 1.200.000
841-2003	01/12/2003	31/12/2003	\$ 600.000
ADC. 841	01/01/2004	10/01/2004	\$ 200.000
78-2004	13/01/2004	30/04/2004	\$ 2.289.600
166-2004	01/05/2004	31/07/2004	\$ 1.908.000
ADC. 166	01/05/2004	31/08/2004	\$ 636.000
397-2004	01/09/2004	30/09/2004	\$ 636.000
535-2004	01/10/2004	31/12/2004	\$ 1.908.000
ADC. 535	01/01/2005	15/01/2005	\$ 318.000
103-2005	16/01/2005	30/04/2005	\$ 2.625.000
ADC. 103	01/05/2005	15/06/2005	\$ 1.125.000
416-2005	16/06/2005	15/07/2005	\$ 750.000
589-2005	16/07/2005	30/11/2005	\$ 3.375.000
ADC. 589	01/12/2005	15/01/2006	\$ 1.125.000
003-2006	16/01/2006	07/01/2007	\$ 10.696.000
164-2007	08/02/2007	30/09/2007	\$ 7.766.667
ADC. 164	01/10/2007	31/01/2008	\$ 4.000.000
ADC. 164	01/02/2008	30/04/2008	\$ 3.000.000
485-2008	01/05/2008	31/08/2008	\$ 4.240.000
998-2008	01/12/2008	31/01/2009	\$ 2.120.000
072-2009	01/02/2009	30/09/2009	\$ 8.480.000
ADC. 072	01/10/2009	30/11/2009	\$ 2.120.000
ADC. 072	01/12/2009	15/01/2010	\$ 1.590.000
315-2010	20/01/2010	30/04/2010	\$ 3.703.333
ADC. 315	08/05/2010	14/06/2010	\$ 1.320.000
706-2010	01/07/2010	14/01/2011	\$ 7.113.333
089-2011	17/01/2011	16/04/2011	\$ 3.405.000
605-2011	17/04/2011	31/10/2011	\$ 7.339.667
ADC. 605	01/11/2011	31/01/2012	\$ 3.405.000
164-2012	04/02/2012	19/11/2012	\$ 11.236.500

ADC. 164	20/11/2012	22/11/2012	\$ 392.333
1129-2012	26/11/2012	31/01/2013	\$ 2.550.167
168-2013	01/02/2013	31/03/2013	\$ 2.354.000
806-2013	01/04/2016	30/04/2013	\$ 1.177.000
1056-2013	01/05/2013	12/12/2013	\$ 8.526.000
1934-2013	13/11/2013	31/01/2014	\$ 4.331.600
186-2014	01/02/2014	31/03/2014	\$ 3.332.700
867-2014	01/04/2014	30/06/2014	\$ 4.999.050
1652-2014	01/07/2014	30/09/2014	\$ 5.244.000
3555-2014	06/10/2014	30/11/2014	\$ 3.204.667
4181-2014	01/12/2014	20/01/2015	\$ 2.913.333
781-2015	21/01/2015	31/01/2015	\$ 582.667
804-2015	01/02/2015	28/02/2015	\$ 1.748.000
1633-2015	01/03/2015	30/04/2015	\$ 3.496.000
1941-2015	01/05/2015	31/05/2015	\$ 1.669.800
2158-2015	01/06/2015	31/07/2015	\$ 3.339.600
2362-2015	01/08/2015	31/08/2015	\$ 1.752.600
2650-2015	01/09/2015	30/11/2015	\$ 5.257.800
4080-2015	01/12/2015	31/12/2015	\$ 1.752.600
518-2016	01/01/2016	09/01/2017	\$ 21.401.580
PS-0417-2017	10/01/2017	31/07/2017	\$ 10.956.000

CON UNA SUSPENSIÓN DE LA OPS 315 -2010 A PARTIR DEL 04 DE FEBRERO DE 2010
 CON UNA TERMINACIÓN BILATERAL DE LA OPS 1056-2013 A PARTIR DEL 12 DE NOVIEMBRE DE 2013

Contratos 351-2003 al 1056-2013

PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE ATENCIÓN DE LA ESE

OBLIGACIONES

de

HACER:

1. Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería en los servicios de hospitalización y urgencias, en lo relacionado con monitoreo de pacientes, toma de signos, esterilización, desinfección de áreas y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo teniendo en cuenta el cronograma presentado por el contratista, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la ESE San Cristóbal. 2. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 4. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 5. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el término establecido.

Contrato 1934-2013 al 518-2016

OBJETO

APOYO Y SOPORTE TÉCNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE AMBULANCIA DE LA ESE SAN CRISTÓBAL.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

1- Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería en los diferentes móviles de traslado de pacientes de la ESE SAN CRISTÓBAL, a los usuarios afiliados a las diferentes EPS y el FFD, acogiéndose a los protocolos, guías y



demás lineamientos establecidos en la normatividad vigente para el ejercicio de la profesión. 2- Diligenciar el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuadamente y registros de atención de los traslados. 3- apoyar las actividades correspondientes a la custodia, registro y almacenamiento del archivo del programa APH. 4- Registro de Bitácora en la plataforma del DUES. 5- Apoyo en el cami altamira en el tiempo en el que no estén en traslado

Contrato PS-0417-2017

OBJETO

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

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Realizar el cuidado y atención del paciente durante el traslado primario y/o secundario priorizado. Realizar la atención y manejo del paciente de acuerdo a las instrucciones dadas por el médico de la ambulancia o médico regulador de DCRUE y ajustándose a las Guías de atención pre hospitalaria 2. Realizar evaluación, monitoreo y manejo inicial del paciente 3. Realizar reporte de información continua al centro operativo del estado del paciente 4. Recolectar los elementos de prueba y participar en la cadena de custodia de los mismos 5. Cumplir con los protocolos tanto distritales del sistema de emergencia como los propios de la institución 6. Responder en forma inmediata a las solicitudes realizadas por la dirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias 7. Permitir al grupo de gestores de atención pre hospitalaria y el grupo de mejoramiento la revisión de los estándares de habilitación las veces que sea requeridas 8. Mantener comunicación permanente de la unidad móvil con la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, por medio del equipo de radio comunicaciones, buscando optimizar la prestación del servicio de salud para lo cual todos los desplazamientos, información necesaria deben ser reportados y autorizados por el DCRUE 9. Propender por la seguridad del paciente utilizando las técnicas adecuadas de movilización, inmovilización y aseguramiento dentro del vehículo 10. Diligenciar completamente la historia clínica y registros clínicos en el formato definido y unificado por la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias para la atención de los pacientes atendidos y/o trasladados y entregar copia de ella a la entidad prestadora de servicio de salud a donde se traslada el paciente, entregar el original en la institución para que se garantice la custodia de los documentos, cumpliendo las directrices para el manejo de documentos don reserva legal 11. Reportar a la DCRUE todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el medico regulador del DCRUE 12. Llevar registro de todos los despachos, valoraciones y/o traslados de todos los pacientes, en el instrumento entregado para tal fin 13. Entregar historias clínicas de todas las atenciones realizadas y la bitácora de registro de los despachos foliados 14. Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno verificando equipos, insumos pendientes e informado las novedades presentadas, haciendo el registro en el libro entregado para tal fin 15. Realizar la limpieza recurrente, limpieza para entrega de turno y limpieza terminal, según protocolo de aseo y desinfección de ambulancia y realizar el manejo de los residuos hospitalarios 16. Mantener todos los inventarios de insumos, medicamentos y demás elementos para la adecuada atención de los pacientes se encuentre actualizado en la ambulancia. Tener rotulados todos los elementos, equipos medicamentos e insumos médico quirúrgicos con el código de la ambulancia y la placa de esta, lo mismo estar actualizada la semaforización de medicamentos e insumos médico quirúrgicos según normas establecidas por los protocolos 17. Responder por los equipos biomédicos y demás elementos inventariados en la ambulancia para la atención de los pacientes en cada turno 18. Diligenciar el aplicativo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de la Secretaría Distrital de Salud de todos los despachos realizados para la Atención pre hospitalaria en el mes, el cual debe estar completo a más tardar los primeros cinco días del mes siguiente 19. Reclamar y entregar a esterilización los materiales, equipo instrumental que requiera el proceso de esterilización 20. Diligenciar en todos los pacientes valorados que están involucrados en accidente de tránsito la historia clínica, furias, furtrans y sacar copias de documentos del vehículo implicado (seguro obligatorio y tarjeta de propiedad) 21. Porte de uniforme institucional de manera adecuada y decorosa 22. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales 23. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., el día 04 de mayo de 2017

Diagonal 34 No.5-43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484
Info: Línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Para mayor información favor dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS. O al celular 3023399604

Cordialmente,

DANIELA RODRIGUEZ GOYES
Asesora Dirección Contratación Ops

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

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

Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación Ops

Proyecto: Isabel Jiménez - Técnico Administrativo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.801.849

CASTELLANOS BEJARANO

APELLIDOS

MYRIAN STELLA

NOMBRES

Myrian C
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1965

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

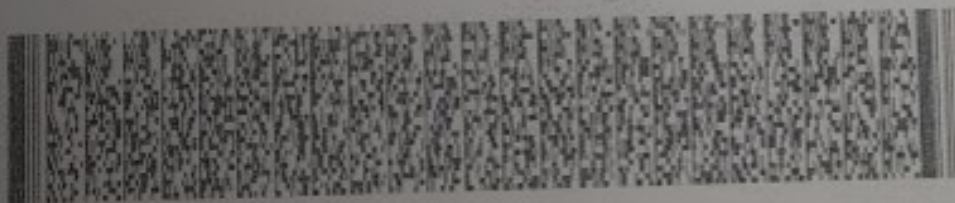
1.58
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

30-ABR-1984 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



R-1500150-00283653-F-0051801849-20110310

0026073099A 1

36043358



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MIVISCA
Ministerio de Justicia, Policía y Contratación

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14386663873



(415)7707212489984(8020) 0000014386663873

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 1 8 0 1 8 4 9 - 9

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de Identificación:

5 1 8 0 1 8 4 9

27. Fecha expedición:

1 9 8 4 0 4 3 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CASTELLANOS

32. Segundo apellido

BEJARANO

33. Primer nombre

MIRYAN

34. Otros nombres

STELLA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 11 B ESTE 42 A SUR 72 IN 1 BRR ALTAMIRA

42. Correo electrónico:

myriam.150665@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

2 0 6 9 5 1 3

45. Teléfono 2:

3 1 3 2 7 2 8 0 7 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 3 0 7 1 6

48. Código:

8 6 9 2

49. Fecha inicio actividad:

2 0 0 3 0 7 1 6

50. Código:

1 2

51. Código

5 1 3 2

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
	1	2																

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Forma

56. Tipo

☐☐

Servicio

1

2

3

57. Modo

☐

58. CPC

☐

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 6 0 8 2 5

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 CASTELLANOS BEJARANO MIRYAN STELLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



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

Fecha: 25-08-2016
Hora: 9:47:43 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 51801849-9 MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO

Información General

Dirección KR 11 B ESTE 42 A SUR 72 IN 1

Teléfonos 2069513 / 3132728072

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/03/2016

Soporte Inscripción 17501893

Fecha Inicio Actividades 16/07/2003

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001095671



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

No. AE EXP 980528

CASTELLANOS BEJARANO

MYRIAN STELLA

51801



AUXILIAR DE ENFERMERIA

MYRIAN S. CASTELLANOS

00998

03 APR 1995

RESOLUCION NUMERO DE

"Por la cual se registra e inscribe un titulo"

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegacion conferida por las resoluciones
numero 2085 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanada del
Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que CASTELLANOS BEJARANO MYRIAN STELLA identificado(a) con cedula de ciudadania numero 51801849 expedida en SANTA FE DE BTA, solicita el registro de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA***** que le otorgo LA ESC DE AUXILIARES DE ENFERMERIA UNISALUD ***** el 12/10/1993 e inscripcion para ejercer su profesion en el territorio de Santa Fe de Bogota D.C.

Que El ***** se encuentra debidamente refrendado por la Secretaria de Educacion al folio **** del libro **** de ****

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO * _ Registrar el CERTIFICADO que autoriza a CASTELLANOS BEJARANO MYRIAN STELLA, identificado(a) con la cedula de ciudadania Nro. 51801849, expedida en SANTA FE DE BTA para ejercer la profesion de AUXILIAR DE ENFERMERIA***** en el Territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO - Inscribir a CASTELLANOS BEJARANO MYRIAN STELLA ; para ejercer su profesion en Santa Fe de Bogota, D.C.

ARTICULO TERCERO - Contra la presente procede el recurso de reposicion en los terminos y con los requisitos de que trata el Decreto Ley 01/84.

NOTIFIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Fe de Bogota, D.C. a los

03 APR. 1995

Original Firmado por
BEATRIZ LONDONO SOTO
Secretario Distrital de Salud

ORIGINAL FIRMADO POR
FERNANDO FLOREZ ESPINOSA
Subsecretario General

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

51801849

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-14→12:50:07 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	51801849	MYRIAN	STELLA	CASTELLANOS	BEJARANO	Ver

Información Detallada [CC: 51801849] MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO

2018-12-14→12:50:07 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1995/4/03	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	51801849
Nombres y Apellidos	MYRIAN CASTELLANOS BEJARANO		
Fecha de nacimiento:	15/06/1965		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única	30/08/2013	Bostrix		
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	01/08/2011	Engerix B Adultos		
	Segunda dosis	10/10/2011	Engerix B Adultos		
	Tercera dosis	23/04/2012	Engerix B Adultos		
	Refuerzo	23/04/2013	Engerix B Adultos		
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	51801849
Nombres y Apellidos	MYRIAN CASTELLANOS BEJARANO		
Fecha de nacimiento:	15/06/1965		

Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	01/08/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Segunda dosis	10/10/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	23/04/2012	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Cuarta dosis	14/11/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1009E 05/2014	UPA 1 DE MAYO
	Quinta dosis	22/01/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	024B2011D	CAMI ALTAMIRA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 23-nov-2016

HORA 11:42:41

EMPRESA PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Myriam Castellanos Bejarano

Edad 51 años 5 meses 8 días

Documento de Identificación: CC Número: 51801849

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA



RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

EXÁMENES

FECHA

RESULTADO

OBSERVACIONES

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular, hábitos posturales adecuados, hábitos de vida saludable, uso de elementos de protección personal.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:

OSTEOMUSCULAR: Normal

REMISION A EPS?: NO

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO.

Aptitud Especifica:

Tipo de Restricciones:

- ☐ Vehículos pesados
- ☐ Equipos móviles de superficie
- ☐ Manejo de sustancias peligrosas
- ☐ Manejo de materiales fundidos
- ☐ Guardas de equipos
- ☐ Aislamiento y/o inmersión
- ☐ Trabajos de altura
- ☐ Operaciones de levante y manipulación de carga
- ☐ Manipulación de alimentos

- ☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas
- ☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas
- ☐ Ruido por encima de 85 db
- ☐ Trabajos por turnos
- ☐ Exposición a la luz solar directa
- ☐ Exposición a material particulado y/o gases
- ☐ Exposición a radiación ionizante
- ☐ Trabajos en espacios confinados
- ☐ Posición sedente o bipeda prolongada
- ☐ Subir y bajar escaleras
- ☐ Movimientos repetitivos
- ☐ Vibración
- ☐ Manipulación de cargas
- ☐ Tareas de agarre
- ☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
- ☐ Agacharse, ponerse en cunillas o voltearse repetidamente
- ☐ Manipulación de alimentos

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Trabajador

Firma

Firma

Nombre:

JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA

Nombre:

Myriam Castellanos Bejarano

RM.

11630

Lic.SO:

CC N°

51801849

Huella

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO

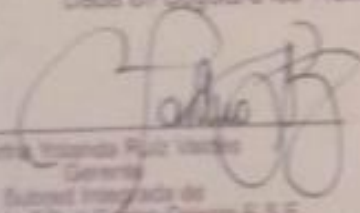
C.C.: 51801849

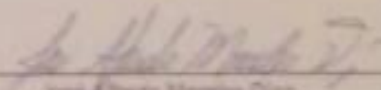
Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

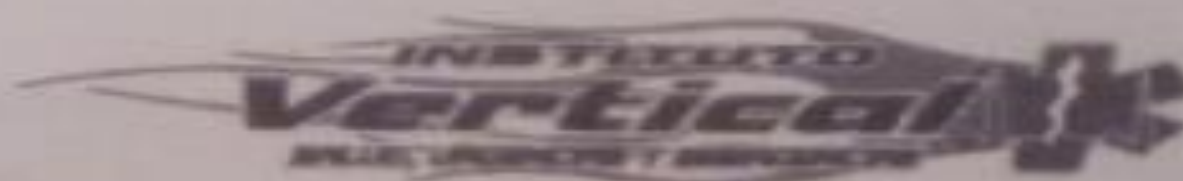
Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz Velez
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


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



**BOGOTÁ
MEJOR**



INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO BAJO LA LEY 112 DE 1994 Y DECRETO 114 DE 1996 Y 2000 DEL 2007
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y ACREDITACIÓN A LOS MATERIALES NORMATIVOS VIGENTES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN

**EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN EN
SALUD URGENCIAS Y EMERGENCIAS VERTICAL**

CERTIFICAN QUE:

Myrian Stella Castellanos Bejarano

CC: 51.801.849

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO SOBRE:

SOORTE VITAL BÁSICO (BLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 30 HORAS



JUAN CARLOS MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL



ANA MARÍA RODRÍGUEZ
COORDINADORA ACADÉMICA



INSTRUCTOR



Dada en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo 2018

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

FECHA: 2018-12-14 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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:

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASTELLANOS	BEJARANO	MYRIAN	STELLA

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	5180184	BOGOTA	1984-04-30
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	<input type="text"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1965-06-15	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCADO(A) ☐ VIUO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	3	3132728072

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	OTRO	CUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	PROFESION / OFICIO
☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐		AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KRA 11 B ESTE N. 42A72 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	2069513

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
myriam.150665@hotmail.com	NO APLICA	PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	N/A	N/A	N/A
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	<input type="text"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD: N/A

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>				
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐					
PROFESIONAL ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐						
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	CÓDIGOS CLU ACTIVIDAD ECONOMICA 7490 <input type="text"/>		
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒			
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 ☐	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE				
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	OTRO ☐	# NIT	900.959.051	
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	ANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐	
OTRA ☐	CUAL <input type="text"/>							
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS				
CRA 5 # 33 A 45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA				
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION	2003-06-09				

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	\$ 500.000	AHORROS	\$ 50.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	\$ 1.560.000	ARRENDOS	\$ 430.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	\$ 5.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1.560.000	TOTAL EGRESOS	\$ 930.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 50.000	TOTAL PASIVOS	\$ 5.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	

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
BARROS	GARCIA	LILIANA	DEL CARMEN
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 20 SUR N. 53 A 18	BOGOTA	AMIGA	3158940255

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVVIENDA	CUENTA DE AHORROS	8480263436	20 DE JULIO	3686868

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTE ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

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.)

EJERCICIO EN PROFESION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los 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 conceptos 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 tratarán 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 - 43, 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 UAF, 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.

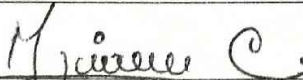
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de 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: sarluf@subredcentroorientegov.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. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO identificado(a) con CC 51801849 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 06/05/2015

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 13 días del mes de diciembre del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

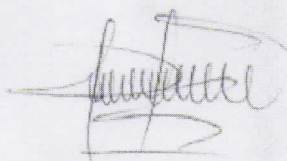
Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MYRIAM STELLA CASTELLANOS BEJARANO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **51801849**, se encuentra afiliado (a) desde **28/02/1990** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

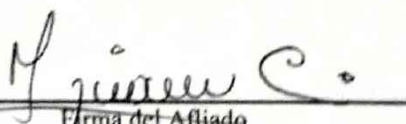
La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51801849		SEGUROS BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
MYRIAN	STELLA	CASTELLANOS	BEJARANO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
15/06/65	BOGOTA	CRA 11B ESTE 42A 72 SUR	2069513
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
FAMISANAR	COLPENSIONES	\$1,450,000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		Fecha Inicio del Contrato	
Objeto Contractual (Cargo)			
myriam.150665@hotmail.com		31327280702	
Correo Electrónico		Celular	
		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
Firma del Afiliado		C.C. _____	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484			

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119167436



WEB

11:32:56

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de diciembre 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) MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51801849:

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.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 11:41:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51801849
Código de Verificación	51801849181213114106

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1



Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 11:36 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) **CASTELLANOS BEJARANO MYRIAN STELLA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS UN MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE** de BOGOTÁ

51801849

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.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez 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: **12_F9IZ_3611**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

[INICIO](#)

[INSTITUCIÓN](#)

[CONTÁCTENOS](#)

[PREGUNTAS FRECUENTES](#)

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:46:54 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **51801849**

Apellidos y Nombres: **CASTELLANOS BEJARANO MYRIAM STELLA**

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.

[Volver al Inicio](#)



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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2016/07/15

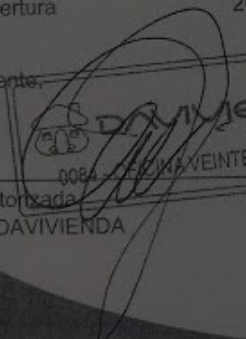
Por medio de la presente hacemos constar que la señora MYRIAN STELLA CASTELLANOS BEJARANO
con Cédula de Ciudadanía número 51801849
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008480263436

Fecha Apertura 2003/06/11

Cordialmente,


0084 VEINTE DE JULIO
Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA