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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CODIGO: AP-TH-FT-013
VERSION: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Claudia Agudelo	DOCUMENTO:	1022931775		
TELEFONO:	3102074456	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Enfermera		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONA A ESTAR A ELABORACION DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI ☑
2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCION PUBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑
4	DIPLOMAS ACADEMICOS	SI ☑ N/A ☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADEMICO	SI ☑ N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☑ NO ☐
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCION DE CONVALIDACION DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐ N/A ☐
8	FORMATO AUTORIZACION CONSULTA DE TITULOS ACADEMICOS (Técnicos, Tecnologos, Profesionales)	SI ☑ N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☑ N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☑
11	REGISTRO UNICO TRIBUTARIO - RUT: CODIGO CIIU 8692 FECHA _____	SI ☑
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☐
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐ N/A ☐
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐ N/A ☐
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☐ N/A ☐
16	CERTIFICACION DE INSCRIPCION EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☑ N/A ☐
17	ANTECEDENTES ETICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☑ N/A ☐
18	CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACION (reacción)	SI ☑ N/A ☐
19	EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☑
20	CARNE DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐ N/A ☑
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Amoniamcia)	SI ☐ N/A ☑
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☑ N/A ☐
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Amoniaencia - Camilleros)	SI ☐ N/A ☑
24	LICENCIA DE CONDUCCION (Conductores)	SI ☐ N/A ☑
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y amoniaencia)	SI ☐ N/A ☑
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI ☑
27	CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS - NOMBRE: Famisanar	SI ☑
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSION - NOMBRE: Porvenir	SI ☑
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____	SI ☑
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURIA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORIA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERIA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICIA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☑

D. VERIFICACION Y REGISTRO DE LA INFORMACION

V/Bº Proceso Solicitante:		Fecha:	
V/Bº Talento Humano:		Fecha:	
V/Bº Contratación:		Fecha:	

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Agudelo	Garzón	Claudio Marsela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022931775

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 20 MES 02 AÑO 1987

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cll 37 sur N 7A-48

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá

MUNICIPIO: Bogotá clamor0520l2

TELÉFONO: 3735612 EMAIL: @gmail.com.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2004

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica San Rafael			Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	Clamar052012@gmail.com.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3282300	DÍA 01 MES 10 AÑO 2014	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	Ginecologia	Kra 8 N° 17-45 sur.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hogar Geriatrico San Francisco Asis		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6191887.	DÍA MES AÑO	DÍA 30 MES 06 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux Enfermeria	Geriatria	Cll 117 # 6-22

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

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	8 años	11 meses
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8 años	11 meses.

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

26-junio 2018

Bogotá

Claudia Agudelo

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACION JURAMENTADA

DE BIENES Y RENTAS

YO. Claudia Marsela Agudelo Garzón

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 1072931775. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia	Departamento Cundinamarca	Municipio Bogotá	
Dirección Cll 37 Sur N° 7A-48		Teléfonos 3735612 - 3102074456	

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Juan Pablo Hernandez Agudelo	1220713210	Hijo.
Mariana Hernandez Agudelo.	1023980230	Hijo.

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	27'788.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	2'158.000
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	3292.000 -
TOTAL	$31'238.000 -

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
Itau (Nomina)	Ahorros	765055744	Bogotá	00.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	Carro Familiar Placa DMZ 187.	30'000.000 =
Vehiculo	Tipo moto Placa RYT31D	3'.000.000 =

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1. BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI [X] 1 NO [ ] 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Fredy Hernandez	C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3	80' 114 053

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN
N.A.	

3. FIRMA

Claudia Agudelo
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota 20/06/2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-CIAP

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa Distrital Federico García Lorca

Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según Resolución No. 3460 del 25 de Octubre de 2002

Confiere a:

Claudia Marsela Agudelo Garzón

T.I. 870220-60093

el Título de:

Bachiller Académico

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

Gustavo Peñuela Pérez
Rector

María Cecilia Romero Montoya
Secretaria

Anotado al Folio No. 7 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 6

Dado en Bogotá, D.C. a 29 de Noviembre de 2004

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL
FEDERICO GARCÍA LORCA

CARRERA 4 ESTE No. 82-45 SUR
TELEFONOS 7681636-7681523
BOGOTA, D.C.

Inscripción Dane 11185001573

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintinueve (29) días del mes de Noviembre de 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de grado once, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la ***INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL FEDERICO GARCIA LORCA****, aprobada hasta grado undécimo en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según Resolución No. 3460 del 25 de Octubre de 2002.*

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Claudia Marsela Agudelo Garzón
T.I. 870220-60099

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 6 del 29 de Noviembre de 2004, consta de 156 alumnos; comienza con el nombre de ACERO SALAZAR GUSTAVO ADOLFO y termina con el nombre de ZAMUDIO CORTES ROSA ELIZABETH.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

Firmas y Sellos

GUSTAVO PEÑUELA PEREZ
Rector
C.C. 14.215.445 de Ibagué

MARIA CECILIA ROMERO MONTOYA
Secretaria
C.C. 52.187.743 de Bogotá

VISUAL LASER
3696850 - 3686851

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Claudia Marsela Agudelo Garzón

C.C. No. 1.022.931.775 de Bogotá D.C.

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

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D.C., 25 de julio de 2014

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 7 *Folio 193* *Registro 40293* *Fecha : 25 de julio de 2014*

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 678

En Bogotá D.C., el 25 de julio de 2014 a las 11:30 horas, convocados por Resolución Nacional 077 del 22 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Jaime Alberto Castro Díaz y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON** con cédula de ciudadanía Número 1022931775 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 7, Folio 193, número 40293

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JAIME ALBERTO CASTRO DÍAZ, Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 25 de julio de 2014.

FUNDACION UNIVERSITARIA
DEL AREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.022.931.775

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral basado en competencias y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad le confiere el

Título

Para desempeñarse como:

TÉCNICO PROFESIONAL EN AUXILIAR SERVICIOS FARMACEUTICOS

Con una duración de 2640 Horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente Título en Bogota D. C. A los Catorce (14) días del mes de Noviembre de Dos Mil Ocho (2008)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2008TP00970 14/11/2008
No Y FECHA DE REGISTRO

Regional Distrito Capital
Centro de Formación de Talento Humano en Salud

ACTA DE GRADO
No. y FECHA DE REGISTRO SGC2008TP00970 14/11/2008

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: **CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON** identificada con la Cédula de Ciudadanía No.1.022.931.775

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO PROFESIONAL EN AUXILIAR SERVICIOS FARMACEUTICOS

REGISTRO No.SGC2008TP00970

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogota D. C. a los Catorce (14) días del mes de Noviembre de Dos Mil Ocho (2008)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON

Con Cedula de Ciudadania No. 1.022.931.775

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DEL LESIONADO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los trece (13) dias del mes de septiembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
MIGUEL ENRIQUE PEÑA SARA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MIGUEL ENRIQUE PEÑA SARA
SUBDIRECTOR
CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLÁNTICO

14965036 - 13/09/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 920700573408CC1022931775C.

SENA
REGIONAL ATLÁNTICO

EL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN

CERTIFICA

Que CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.022.931.775 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DEL LESIONADO con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Barranquilla, a los trece (13) días del mes de septiembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
MIGUEL ENRIQUE PEÑA SARA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MIGUEL ENRIQUE PEÑA SARA
SUBDIRECTOR CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLÁNTICO

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 920700573408CC1022931775E.

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

OTORGADO A:

CLAUDIA MARCELA AGUDELO GARZON
C.C. No. 1.022.931.775

Clínica San Rafael

Por participar en la capacitación "Toma de Muestras Sanguíneas".
Con duración de 1 hora
Bogotá D.C.
Agosto 2016

María del Pilar Rodríguez Ariza
Especialista de Producto BD PAS

Claudia Patiño Cárdenas
Representante de Ventas BD PAS

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.022.931.775

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Administrar medicamentos según delegación y normativa de salud.

Código: 230101259

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTA, D.C., A los veinticuatro (24) días del mes de Mayo de dos mil diecisiete (2017)

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

67438 - 24/05/2017
No Y FECHA REGISTRO

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

VIGENCIA
24 de Mayo de 2020

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101259CC1022931775C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON

Con Cedula de Ciudadania No. 1.022.931.775

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los treinta (30) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018)

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

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

50879612 - 30/04/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001644250CC1022931775C.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.022.931.775 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST con una intensidad horaria de Cincuenta (50) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los treinta (30) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018)

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

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001644250CC1022931775E.

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria Del Area Andina
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Marsela Aguelo Garzón 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: Claudia Aguelo

No. de documento: 1022931775

Tarjeta profesional No: 40712

Dirección de contacto: Cll 37 sur N° 7A-48

Teléfono: 3102074456 - 3735612

Hospital Universitario
Clínica San Rafael
En alianza con

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

HACE CONSTAR

Que el(a) Señor (a) **CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía numero **1.022.931.775** expedida en **BOGOTA D.C.**, está vinculado(a) a la institución desempeñando el cargo de **ENFERMERA (O)** desde la fecha **1 de octubre de 2014**, con contrato termino **Fijo** y un salario Fijo de **Un millón novecientos ochenta y seis mil doscientos veinte de pesos mcte ($ 1.986.220,00) .**
Adicionalmente devenga un sueldo promedio mensual de: **Dos millones ciento cincuenta y tres mil novecientos sesenta y cinco de pesos mcte ($ 2.153.965,00)**
Se expide el presente en Bogotá D.C., a los 19 días del mes de junio de 2018.

SERGIO IVAN MEJIA LEMA
Director de Talento Humano
Hospital Universitario Clínica San Rafael

Dirección: Carrera 8 17-45 Sur. Telefóno +57 (1) 3282300 Bogotá D.C. Colombia

BOGOTA 10 de junio de 2014

FUNDACION HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS
NIT - 860.046-667-0

CERTIFICA

Que el señor(a) **CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1022931775** de **BOGOTA.**, labora en nuestra empresa con contrato a término **Fijo**, desde el **16 de agosto de 2013** hasta el 30 de junio de 2.014; desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Para mayor información de ser necesario, se pueden comunicar al PBX 6191890.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado el 10 de junio de 2014 en la ciudad de BOGOTA

Cordialmente,

SONIA SOLANO E.
DPTO. TALENTO HUMANO

BOGOTA 10 de junio de 2014

FUNDACION HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS
NIT 860.046.667-0

CERTIFICA

Que el señor(a) **CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1022931775** de **BOGOTA.**, laboró en nuestra empresa con contrato a término **Fijo**, desde el **26 de junio de 2013** hasta el **22 de julio de 2013**; desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Para mayor información de ser necesario, se pueden comunicar al PBX 6191890.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado el 10 de junio de 2014 en la ciudad de BOGOTA

Cordialmente.

SONIA SOLANO E.
DPTO.TALENTO HUMANO

BOGOTA 10 de junio de 2014

FUNDACION HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS
NIT - 860.046.667-0

CERTIFICA

Que el señor(a) **CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1022931775 de **BOGOTA.**, laboró en nuestra empresa con contrato a término **Indefinido**, desde el **05 de junio de 2009** hasta el **06 de septiembre de 2012**; desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Para mayor información de ser necesario, se pueden comunicar al PBX 6191890.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado el 10 de junio de 2014 en la ciudad de BOGOTA

Cordialmente,

SONIA SOLANO ESTEVEZ
DPTO.TALENTO HUMANO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.931.775

AGUDELO GARZON

APELLIDOS

CLAUDIA MARSELA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1987

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-FEB-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00158264-F-1022931775-20090601 0012036110A 1 29027896

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14313887591

(415)7707212489984(8020) 000001431388759 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1022931775	5	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1022931775	20050228

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AGUDELO	GARZON	CLAUDIA	MARSELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C 001

41. Dirección principal: CL 37 SUR 7 A 48

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
clamar052012@gmail.com		2091529	3106497569

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
0010	20090609	8692	20090609			

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
	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2014 09 16

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: ALONSO MENDOZA LEIDY CAROLINA

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 16-09-2014 02:16:56PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1022931775-5 CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON

Información

Dirección CL 37 SUR 7 A 48

Teléfonos 2091529-3106497569

Dirección electrónica clamar052012@gmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 16/09/2014

Soporte Inscripción 16306732

Fecha Inicio Actividades 16/09/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CLAUDIA MARSELA
AGUDELO GARZON

C.C. 1022931775--

ENFERMERO(A)

Expedicion 17/09/2014

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CLAUDIA MARSELA
AGUDELO GARZON

C.C. 1022931775-

AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS

Expedicion 08/03/2011

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC

NOMBRES CLAUDIA MARSELA
APELLIDOS AGUDELO GARZON
C.C. 1.022.931.775 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUND UNIV. DEL AREA ANDINA
RUN No. 40712
Fecha de Expedición 14/OCTUBRE/2014

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA
ANEC
REGISTRO UNICO DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA
LEY 266 DE 1996

Bogotá D.C., Septiembre 22 de 2014

Certificamos que la enfermera **CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON,** con cédula de ciudadanía No. 1.022.931.775 Bogotá, egresada de la Fundación Universitaria del Area Andina, el día 25 de Julio de 2.014, presentó ante la Unidad de Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, los requisitos legales para obtener el Registro Profesional Enfermería, de acuerdo con lo establecido por la Ley 266/96, capítulo V, Artículo 13, y en la actualidad se encuentra en trámite la Tarjeta Profesional.

Esta Constancia se expide a solicitud de la interesada, no reemplaza la Tarjeta Profesional de Enfermería y tiene validez de 20 días hábiles.

Atentamente,

CAROLINA PRADA MORENO
REGISTRADORA
ANEC NACIONAL

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **9405** *de* **03/09/2014**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) AGUDELO GARZON CLAUDIA MARSELA Identificado(a) con CC número 1022931775 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 25/07/2014, acta de grado Nro. 678, Diploma Nro. 40293 y registrado en el libro 7 Folio 193 año 2014.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 274 del 09 de diciembre de 2011 y 566 de 16 del marzo de 2012, del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 22/07/2014.

Que el(la) señor(a)AGUDELO GARZON CLAUDIA MARSELA ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a AGUDELO GARZON CLAUDIA MARSELA identificado(a) con CC número 1022931775 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **03/09/2014**

ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó :Isabel Cristina Artunduaga
Reviso :Esperanza Fraile G. / Carmen Rosa Gallego
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 17/09/2014
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Claudia Agudelo
CC. #. 1022931775
Firma Claudia Agudelo

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 11390 *de* 27/11/2008

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) AGUDELO GARZON CLAUDIA MARSELA Identificado(a) con CC número 1022931775 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS otorgado por EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA el día 14/11/2008 y registrado en el libro XX Folio XX año XX

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a AGUDELO GARZON CLAUDIA MARSELA identificado(a) con CC número 1022931775 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 27/11/2008

ORIGINAL FIRMADO POR EL
Dr. Hermán Redondo Gómez
Director de Desarrollo
de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

No. 41013

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 40712 de OCTUBRE 14 DE 2014
Por la cual se expide el Registro Único Nacional Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 de la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería.

CONSIDERANDO

A) Que, CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 1.022.931.775, expedida en BOGOTA, ha solicitado su Inscripción y Registro Único Nacional como Profesional de Enfermería, lo cual la (o) acredita para ejercer la Profesión de Enfermería en Colombia.

B) Que para este efecto presentó los siguientes documentos : Formulario de Solicitud; fotocopia del Diploma y Acta de Grado otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Gobierno; fotocopia de la cédula de ciudadanía; recibo de pago de los derechos de expedición; fotocopia de la Resolución expedida por la respectiva Secretaria de Salud donde conste el cumplimiento o Exoneración del Servicio Social Obligatorio; fotocopia de la Resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación para los títulos expedidos en el exterior y 2 fotografías a color, tamaño 3 x 4 de fondo azul o verde.

C) La Unidad de Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos en el literal B, los cuales son registrados en la relación Número 588 del 14 de OCTUBRE de 2014.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON , egresada(o) de la UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, el 25 del mes JULIO de 2014, para lo cual se expide el Registro y Tarjeta Profesional No. 40712, y en constancia se inscribe en el libro correspondiente.

Parágrafo: En el caso de presentar documentación no compatible con los datos aportados por las Facultades de Enfermería del país, esta información será reportada a la Entidad Educativa y a las Entidades de Control, para que tomen las medidas pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Expedida en la ciudad de Bogotá D.C., a los 14 días del mes de OCTUBRE de 2014.

CAROLINA PRADA MORENO

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 Ciudadania

Número de Identificación *

1022931775

Primer Nombre *

claudia

Primer Apellido *

agudelo

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1022931775	CLAUDIA	MARSELA	AGUDELO	GARZON	Ver

Información Detallada [CC: 1022931775] CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZÓN** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.022.931.775, 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 quince (15) días del mes de junio del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

DIFTERIA ☐ TETANO ☐			HEPATITIS B		
Fecha	Dosis	Reacción	Fecha	Dosis	Reacción
			24 Sep 2009	1	
			27-11-09	2	
			24-06-10	3	

OTRAS VACUNAS			FIEBRE AMARILLA		
Fecha	Dosis	Tipo	Fecha	Dosis	Reacción

F-646

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4	2/oct/08	ECUPEDI-D MADIGRAD 2 2011	
	5	10/oct/10	ES4382030	
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. DOSIS	3C131-0	01-Agosto-2005	TANIA SALUD NIT 900.174.965-3
	2a. DOSIS	3C131-0	6-Septiembre-2005	
	3a. DOSIS	3C131-0	22-febrero-2006	TANIA SALUD NIT 900.174.965-3
	4a. DOSIS			
HEPATITIS A	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			

Tania Salud

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
NIT 900174965-3
CODIGO DE PRESTADOR 110011779801

CENTRO DE VACUNACIÓN

NOMBRE: Claudia Marcela Agudelo
DOCUMENTO: 1022931775
TELÉFONO: 7642424

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TETANICO DIFTERICO	1a. DOSIS	A588-59	01-Agosto-2005	TANIA SALUD NIT 900.174.965-3
	2a. DOSIS			
	3a. DOSIS			
	4a. DOSIS			
TRIPLE VIRAL	REFUERZO			
	1a. DOSIS	E5780-1	27 AGO. 2010	TANIA SALUD NIT 900.174.965-3
	2a. DOSIS			

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ○	

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **20/06/2018 16:45:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CLAUDIA MARSELLA AGUDELO GARZON**

Cargo **ENFERMEROS(AS) PROFESIONALES.** Doc. Identidad **CC 1022931775**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⊗ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ⊗ Otros ⊗

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ⊗	EPS	SI ○	NO ⊗

TRABAJADOR APTO PARA REALIZAR LA LABOR, SE RECOMIENDA:
CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO SEGURO, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, PAUSAS ACTIVAS DE EXTREMIDADES PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL SEGÚN LABOR. HABITOS DE

Diana Paola Melo Muñoz
Médico
Salud Ocupacional
Res. 13443/12

DIANA PAOLA MELO MUÑOZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 66847181 RM: RES 13443/12

Trabajador: CLAUDIA MARSELLA AGUDELO
CC 1022931775
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON

c.c. 1.022.931.775

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 19 días del mes de JUNIO de de 2018.
Validez 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

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON

c.c. : 1.022.931.775

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 20 días del mes de JUNIO de 2018.
Validez 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

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA: 15/06/18 CIUDAD: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
Agudelo	Garzon	Claudia	Marsela

TIPO DE IDENTIFICACION:	No. IDENTIFICACION:	LUGAR EXPEDICION: (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION: (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C ☐ NUIP ☐	1022931775	Bogotá	28/02/2005
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO: (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
20/02/2018	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL:	PERSONA A CARGO:	NUMERO DE HIJOS:	TELEFONO CELULAR:
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		2	310207 4456

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA:
Cll 37 Sur N°7A-44	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3735612

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET:	TIPO DE VIVIENDA:		
clamar032012@gmail.com.		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
Hernandez	Parrado	Fredy	Alexander.

TIPO DE IDENTIFICACION:	NUMERO IDENTIFICACION:	LUGAR EXPEDICION: (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION: (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C ☐ NUIP ☐	80114053	Bogotá	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Clinica San Rafael

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Kr 8 N° 17-45	3282300	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL:	Enfermera		FECHA VINCULACION	01/10/14

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	2'000.000	GASTOS FAMILIARES	300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	870.000	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	700.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2'000.000 =	TOTAL EGRESOS	2'070.000 =	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No deben ser familiares ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Marin	Hoyos	Claudia	Patricio
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/ O EXTENSION/CELULAR**
Av Calatrava #1-05 Ap. 301	Bogotá Cundinamarca	Amiga	3162271226

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

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

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ CUAL: ____

8. DECLARACIÓN 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 entregare a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.).

Enfermera

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 admitire 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 efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** se destinaran a actividades 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 mi efectuadas, exonerando 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 publico 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 Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas Vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN, 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 estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevencion, deteccion, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sariaf@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION CUIDAD*

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

Claudia Agudelo

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

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

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 cedula:		

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON identificado(a) con CC 1022931775 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**27/07/2013**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO**
Categoría:	**B**

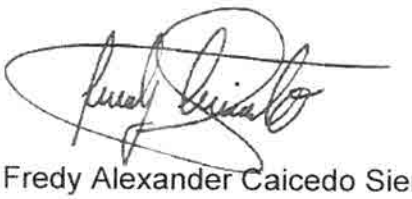
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 20 días del mes de junio del año 2018.

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.

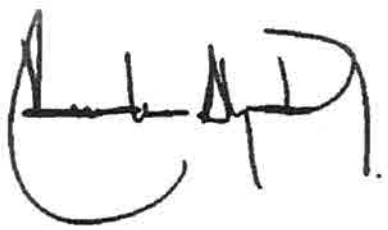
porvenir
Sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,022,931,775**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Junio de 2018.



Gerente de Clientes

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1022931775	Sura
Numero de Documento	ARL

Claudia	Marcela	Aqudelo	Garzón
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

20/02/1987	Bogotá	Cll 37 sur N° 7A-48	3735612
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Famisanar	Porvenir	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Clamar052012@gmail.com	3102074456
Correo Electrónico	Celular

Claudia Aqudelo.	
Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 111045127

WEB
18:11:35

Bogotá DC, 14 de junio del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022931775:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 14 de junio de 2018, a las 18:14:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022931775
Código de Verificación	1022931775180614181432

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2285119

Bogotá D.C., 14 de Junio de 2018 - 18:18 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **UN MIL VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO** de BOGOTÁ, D.C

1022931775

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 6_J1RSB_1818
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:20:12 horas del 14/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1022931775**

Apellidos y Nombres: **AGUDELO GARZON CLAUDIA MARSELA**

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.

Bogotá D.C. ,21 de Junio de 2018

Señores

A quien Interese

Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente CLAUDIA MARSELA AGUDELO GARZON Identificado con Cédula de Ciudadania No. 1022931775, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde el 30 de Septiembre de 2014 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro. Producto	Fecha De Apertura	Estado Del Producto
Cuenta De Ahorro N mina	765055744	30/09/2014	Activo

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 14 para transferencias ACH

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 21 días del mes Junio de 2018.

Cordialmente

Contact Center