





Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
53130926	ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ	17/11/2017 02:47:21 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	17/11/2017 02:47:21 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	Aceptado
Cambiar el estilo de paginación				
Nuevo registro				



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 DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO AMAYA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERNANDEZ	NOMBRES ADRIANA ALEXANDRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53130926	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES JUL AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DIAGONAL 64 SUR 19A 03 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3003710774 EMAIL adrianalexandra0711@gmail.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 COMERCIAL	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										X	NOVIEMBRE	2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X	ENFERMERO (A)		7	2017	53130926



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 DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	referenciamaternoinfantil@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3281464	DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		DÍA 14 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
FACTURACION	FACTURACION	KR 10 1 66 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL LA VICTORIA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725610	DÍA 18 MES 2 AÑO 2009		DÍA 30 MES 6 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
FACTURADORA	FACTURACION	DG 39 SUR 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SUBA II NIVEL	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6621111	DÍA 12 MES 9 AÑO 2006		DÍA 18 MES 4 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUTORIZACIONES	FACTURACION	AVENIDA CIUDAD DE CALI 152 00	

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	11	5
PRIVADO	0	0



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 DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	5

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 53130926 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección DIAGONAL 64 SUR 19A 03

Teléfonos 3003710774 3003710774

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JORDAN ANDRES HERNANDEZ AMAYA	1011200795	HIJO(A)
CARLOS JULIO AMAYA	19173278	PADRE
ALBA MARINA HERNANDEZ NIETO	41708975	MADRE

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	\$ 1.620.000,00
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	\$ 1.620.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	0084120021	20 DE JULIO	\$ 20.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	CAMA	\$ 10.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO POPULAR	TARJETA CREDITO	\$ 1.200.000,00



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JOHN FERNEY FRANCO FONSECA	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1023892383

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



República de Colombia

AREANDINA

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:

ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNÁNDEZ

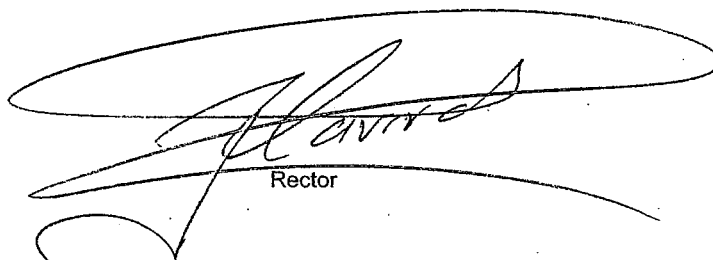
C.C. No. 53.130.926 de Bogotá D.C.

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

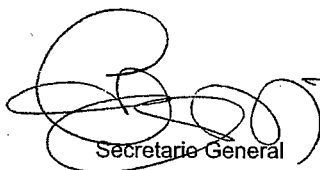
ENFERMERA

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

Bogotá D.C., 28 de julio de 2017



Rector



Secretario General



Decano



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio
Cofraternidad de San Fernando

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, A.C.,
según Resolución No. 7562 del 24 de Noviembre de 1998

Confiere a :

Adriana Alexandra Amaya Hernández

C.I. 850711-35158 de Santafé de Bogotá, A.C.

el Título de:

Bachiller Académico
con énfasis en Comercio

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



Anotado al Folio No. 042 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 12

Dado en Bogotá, A.C., a 25 de Noviembre de 2001

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.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA ACTA DE GRADO 810

En Bogotá D.C., el 28 de julio de 2017 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 055 del 27 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 Juan Carlos Morales Ruiz, y la Secretaria General (E), doctora Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga, para presidir la ceremonia de grado de **Adriana Alexandra Amaya Hernandez** con cédula de ciudadanía número 53130926 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 a la graduanda, 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 9, Folio 129, número 52560.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
GLADYS ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 28 de julio de 2017.


AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General
Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga
Secretaria General (E)



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Colegio Cofraternidad de San Fernando

Carrera 19 B BIS No. 60-27 Sur
Teléfonos: 7659369 - 7653947
Bogotá, D.C.

Inscripción S.E. 3367

Inscripción Dane 311001038368

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre de 2001, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO COFRATERNIDAD DE SAN FERNANDO**.

Institución aprobada hasta nueva orden en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO CON ÉNFASIS EN COMERCIO**; según Resolución No. 7562 del 24 de Noviembre de 1998.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico con énfasis en Comercio; al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Adriana Alexandra Amaya Hernández

T.I. 850711-35158 de Santafé de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 011 del 25 de Noviembre de 2001, consta de trescientos cuarenta y dos alumnos; comienza con el nombre de **ACOSTA PARRA CLAUDIA PATRICIA** y termina con el nombre de **ZARABANDA BASTIDAS MICHAEL ANDRES**.

Dada en Bogotá, D.C., a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre de 2001.

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.


RECTOR
JAIME CAMPOS HERNÁNDEZ
Rector
C.C. 17.131.974 de Bogotá


SECRETARÍA
FENIX PORTILLA BECERRA
Secretaria
C.C. 35.489.798 de Bogotá



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 53.130.926

Cursó y aprobó el Módulo de Formación basado en competencias

FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con una duración de 623 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D. C. a los Veinticinco (25) días del mes de Abril de Dos Mil Ocho (2008)

GERARDO ARTERO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2008CU00006 25/04/2008
No Y FECHA DE REGISTRO



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

ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 53130926

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Orientar personas según normativa de salud.

Código: 230101266

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los diez (10) días del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018)

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

489737 - 10/12/2018
No Y FECHA REGISTRO

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

VIGENCIA
10 de Diciembre de 2021

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Área 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 Alvaro Araya Hernández 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:

Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento:

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Teléfono:

53 130926

53 130926

diagonal 64 Jr 19 A03

3003710774



Cooperativa de Trabajo Asociado para la Comercialización de Productos y Servicios

NIT.830.121.872-6

CERTIFICAMOS:

Que la Señora: **ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía número 53.130.926 de Bogotá, fue asociada a esta Cooperativa mediante Acuerdo de Trabajo Asociativo a Término Indefinido desde el 12. de Septiembre de 2006, hasta el 30 de Julio de 2007, ejecutaba labores como **AUXILIAR DE FACTURACION**, en el **HOSPITAL DE SUBA**, recibía una compensación mensual de SETECIENTOS MIL PESOS MCTE. (\$ 700.000)

Se expide a solicitud de la interesada, a los Trece (13) días del mes de Agosto de dos mil siete (2007).


MARTHA L. CALCALI U.
Coordinadora de Oficina
TEL. 6928245 - 5360308

CC. Hoja De Vida

BOGOTA: Calle 187 No. 45-55 Int. 48 - Teléfono: 673 0386 - Cel. (315) 204 0512
GIRARDOT : Calle16 No.11-88 Tel.: 831 3289
SOACHA: Tel.: 732 0928
TUNJA: Centro Comercial Plaza Real Of.: 205B Tel.: 743 8285



EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía número 53.130.926 laboró en misión para nuestra empresa cliente **HOSPITAL DE SUBA E.S.E.** desempeñando el cargo de **AUXILIAR ADMINISTRATIVA** desde el 1 de agosto de 2007 hasta el 16 de abril de 2008.

Se expide a solicitud del interesado a los (21) veintiún días del mes de abril de 2008 en la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.130.926**

AMAYA HERNANDEZ
APELLIDOS

ADRIANA ALEXANDRA
NOMBRES




FIRMA

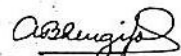


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1985**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-NOV-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADORA NACIONAL
ALINA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1500105-42122131-F-0053130926-20040224

00997 04055P 02 153440136

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14381712593



(415)7707212489984(8020) 0000014381712593

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 3 1 3 0 9 2 6

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de Identificación:

5 3 1 3 0 9 2 6

27. Fecha expedición:

2 0 0 3 1 1 8

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

29. Departamento:

1 6 9

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

AMAYA

32. Segundo apellido

HERNANDEZ

33. Primer nombre

ADRIANA

34. Otros nombres

ALEXANDRA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

1 6 9

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

1 1

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

DG 64 SUR 19 A 03 BRR SAN FRANCISCO

42. Correo electrónico:

adrianalexandra0711@gmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

7 3 1 1 5 5 6

45. Teléfono 2:

3 0 0 3 7 1 0 7 7 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 6 1 0 0 2

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

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 ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 6 0 7 1 4

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 AMAYA HERNANDEZ ADRIANA ALEXANDRA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 53130926-5 ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ

Información General

Dirección DG 64 SUR 19 A 03
Teléfonos 7311556/3003710774
Dirección electrónica ADRI--ANA@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 31/03/2015
Soporte Inscripción 16561749
Fecha Inicio Actividades 02/10/2006
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000244438

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ
C.C. 53.130.926

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-07-28
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-10-20



12436

Cover-40.com | 021 9116

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

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

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

FIRMA DEL PROFESIONAL

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO



OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD

CP 110011775101/02 • NIT. 900.171.517-0

SALUD OCUPACIONAL PARA EMPRESAS
RESOLUCION N° 6227

PH. QUÍMICA SANGÜÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS • RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 13/11/2017

MOTIVO DE REEVALUACION:

INGRESO ☒

PERIODO ☐

RETIRO ☐

TRABAJO EN ALTURAS ☐

El suscrito médico especialista en salud ocupacional, hace constar que en la fecha ha realizado evaluación médica a:

NOMBRE: Aldemar Alexander Amaya Hernandez

C.C.: 3130976 TELÉFONO: 300 271 6794

EVALUACIONES REALIZADAS:

Examen físico
Audiometría
Visiometría
Laboratorio Clínico

20/20

NOMBRE DE LA EMPRESA:

Sobred Centro Oriente
Facturación

CARGO:

CONCEPTO DE VALORACIÓN MÉDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA ☒ CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR ☐
APTO CON RESTRICCIÓN TIPO DE RESTRICCIÓN _____

APLAZADO PARA _____

NO APTO POR MOTIVO _____

PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR ☒

RETIRO ☐

SATISFACTORIO ☐

NO SATISFACTORIO PORQUE? _____

PERIÓDICO ☐

SATISFACTORIO ☐

REQUIERE REEVALUACION ☐

RECOMENDACIONES Ninguna

REVISION AN _____

FIRMA PROFESIONAL:

Dr. José A. del Realista
Medico Especialista
Salud Ocupacional
11/10/17

FIRMA TRABAJADOR:

[Firma]
3130976 BT

Principal: carrera 21 No.26-52 sur. Teléfono: 2783199 FAX: 4081902

Sede: carrera 21 No.23-38 sur- Teléfono: 2397687-Barrio Olaya

www.centromedicoolaya.com-centromedicoolaya@gmail.com



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

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

CÓDIGO: EI-CA-FI-013
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

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

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: AMAYA SEGUNDO APELLIDO: HERNANDEZ PRIMER NOMBRE: ADRIANA SEGUNDO NOMBRE: ALEXANDRA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ SUP. ☐ No IDENTIFICACIÓN: 53130926 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 2003-11-18

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

FECHA NACIMIENTO: 1983-07-12 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ PAÍS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A ☒ CASA ☐ DIVOR ☐ VIDA EN COMÚN ☐ NO EN LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 1 NÚMERO DE HIJOS: 1 TELÉFONO CELULAR: 3003710774

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ CUAL: PROFESIÓN / OFICIO: ENFERMERA

DIRECCIÓN RESIDENCIA: DG 64 SUR 19A 03 CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAÍS RESIDENCIA: COLOMBIA TELÉFONO RESIDENCIA: 3003710774

CORREO ELECTRÓNICO: adrianalexandra0711@gmail.com PORTAL O PÁGINA INTERNET: NO APLICA TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI TIENE): NO APLICA CIUDAD: NO APLICA DEPARTAMENTO: NO APLICA PAÍS: NO APLICA TELÉFONO/FAX: NO APLICA

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: FRANCO SEGUNDO APELLIDO: FONSECA PRIMER NOMBRE: JOHN SEGUNDO NOMBRE: FERNEY

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ SUP. ☐ NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 1023892383 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ D.C. FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 2008-01-24

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

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: E1-CA-F1-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:							
ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐	FOGAR ☐ COMERCIANTE ☐	PENSIONADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA ☐ ICA ☐	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA 8299 <input type="text"/>		
GRAN CONTRIBUYENTE ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒		
FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		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 ☒	INDUSTRIA ☐	# NIT	<input type="text"/>
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGIA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	COMERCIO ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>						
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
KR 10 1 66 SUR		3281460		BOGOTA		CUNDINAMARCA	
CARGO ACTUAL		APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR DE URGENCIAS				FECHA VINCULACION	
						2016-08-01	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA			NO APLICA	NO APLICA
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
NATALIOS	\$ 1.620.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 600.000	AHORROS		VALOR HIPOTECA	\$ 350.000
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETA DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TELEFONOS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1.620.000	TOTAL EGRESOS	\$ 600.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 350.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	
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	
GARCIA		SANTA CRUZ		SANDRA		PATRICIA	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CL 62 SUR 19B 27		BOGOTA		AMIGA		3162131548	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL	
NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO		☒					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAIS/CIUDAD	
NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	
MONEDA		MONTO PROMEDIO					
NO APLICA		NO APLICA					
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:							
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	CAMBIO ☐	SERVICIOS ☐	☐	☐	CUAL: <input type="text"/>

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p align="center">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</p>	<p>CÓDIGO: EI-CA-FI-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
<p align="center">8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS</p>		
<p>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":</p>		
<p>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.):</p>		
<p align="center">APOYO EN LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADORA URGENCIAS</p>		
<p>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.</p>		
<p align="center">9. DOCUMENTOS REQUERIDOS</p>		
<p>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.</p>		
<p>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)</p>		
<p>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.</p>		
<p align="center">CONSIDERACIONES</p>		
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		

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 dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, FISCOLDA, 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 INFORMACIÓN 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 INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 c) 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 carla@subredcentroorientee.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: 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.subredcentroorientee.gov.co) en el Link "POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA 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) ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ identificado(a) con CC 53130926 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 28/10/2006

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 14 días del mes de enero 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



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53,130,926**, 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 Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes



**POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ, con Cédula de Ciudadanía No. 53.130.926, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/12/2016 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 14 días del mes de Diciembre de 2018.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119208245



WEB

09:19:32

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 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) ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53130926:

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 09:21:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	53130926
Código de Verificación	53130926181214092148

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



Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 9:20 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) **ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO TREINTA MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS** de BOGOTÁ D.C.

53130926

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).

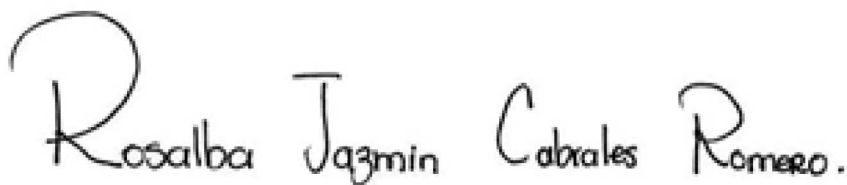
Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

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 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_ZUC4C_209**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SUBRED CENTRO ORIENTE**

14/12/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ADRIANA ALEXANDRA AMAYA HERNANDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **53130926**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570008480310021
Fecha de apertura	14/04/2009

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA