





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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RESTREPO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VILLAMOR	NOMBRES CAROL BIBIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1013644484	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 10 MES SEP AÑO 1993 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra 29 B # 16-10 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3866114 EMAIL carolrestrepovillamor@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 Académico			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	☒ 11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2008

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	6	X	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	6 2017	
UN	5	X	TRABAJADOR SOCIAL		

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés		X			X			X	



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: 13-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.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725610	DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Facturacion	Facturacion	CRA 10 # 1 - 66	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital San Blas ESE II Nivel	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2891100	DÍA 15 MES 10 AÑO 2013		DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Facturador	Facturacion	Carrera 3 No. 16 72 Sur	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	5	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	1

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 VERDADEROS (ARTÍCULO 81 DE LA LEY 443 DE 1998)



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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

Bogotá 14 de diciembre 2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CAROL BIBIANA RESTREPO VILLAMOR

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1013644484 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Cra 29 B # 16-10 sur

Teléfonos 3118005009 3866114

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

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	\$ 18.000.000,00
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	\$ 18.000.000,00

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	008400707108	20 de julio Bogotá	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Aportes en línea	Salud y pension	\$ 250.000,00
Colegio Bilingue Integral	Mensualidad	\$ 500.000,00



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

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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
	C.C ☐ C.E ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
No	No

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio "Atanasio Girardot"

Institución Educativa Distrital

Jornada Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, Distrito Capital, según
Resolución N° 5581 del 11 de Agosto de 1997

Confiere a:

Carol Bibiana Restrepo Villamor

Identificada (a) con C.I. N° 930910-04354 de Bogotá

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



Rector

Secretaria

Efraín Morales López
C.C. N° 5.944.335 de Ebbano - Tolima

Ayda Ely Rey de Peña
C.C. N° 41.634.714 de Bogotá

Libro de Registro N° 001

Acta N° 19

Folio N° 45

Dado en Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre del año 2008

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto N° 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.



La República de Colombia
y en su Nombre la

Corporación Técnica Empresarial para el Trabajo

Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución No. 003697 del 29 de Octubre de 2004 y Aprobación Oficial por el Ministerio de Salud mediante el Acuerdo Ejecutivo No. 058 del 16 de Marzo de 2004

Con renovación de registros de programas según acuerdo ejecutivo N° 176 del 21 de Mayo de 2009 del Ministerio de la Protección Social y Resolución 008945 del 10 de Diciembre de 2012 de la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

Confiere a:

Restrepo Villamor Carol Bibiana

Identificado(a) con C.C. o C.I. No. 1.013.644.484 Expedida en Bogotá D.C.

El Certificado de Técnico Laboral por Competencias en

Auxiliar en Enfermería

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes con una intensidad horaria de 1.800 horas.



[Firma]
Directora General



[Firma]
Director Académico

Registro Interno

Folio No. 844-161-844-A02 del Libro de Registro No. 68

Dado en La Mesa (Cundinamarca) a los 8 días del mes de Julio de 2017



Acta Individual de Grado

Colegio Atanasio Girardot

Institución Educativa Distrital

Jornada Mañana

Inscripción S.E. 2943

Inscripción DANE 11100112606

En la ciudad de Bogotá D.C., a los (4) días del mes de Diciembre del año 2008 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO ATANASIO GIRARDOT INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL. Aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la secretaria de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución N° 5581 del 11 de Agosto del año 1997.

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

TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO

A los graduando cuyo nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

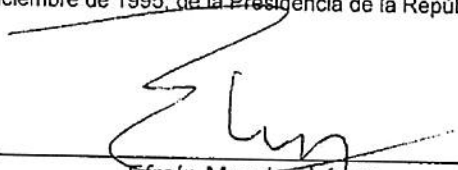
Carol Bibiana Restrepo Willamor

Identificado (a) con NIT No. 93091004354 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 19, Folio 045 de fecha 4 de Diciembre del año 2008 que consta de 97 estudiantes graduandos, que comienza con el nombre de ACOSTA LÓPEZ VALERIA y cierra con el nombre de ZULUAGA NAJAR STEFANNY, firmada por Efraín Morales López (Rector) y Ana Elsy Rey de Peña (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de Diciembre del año 2008.

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.


Efraín Morales López
Rector


Ana Elsy Rey de Peña
Secretaria



CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

NIT. 900790014-6



ACTA DE CERTIFICACION INDIVIDUAL

En la Ciudad de la Mesa, Cundinamarca, a los Ocho (8) días del mes de Julio del año 2017, se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del programa **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** con una intensidad horaria de **1800 horas**, las suscritas Directora y Secretaria en la dirección de la **CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO** "Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano", Autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca según Resolución No. 003697 del 29 de Octubre de 2004 y Aprobación Oficial por el Ministerio de Salud mediante el Acuerdo Ejecutivo No. 058 del 16 de Marzo de 2004, con renovación de programas según Acuerdo Ejecutivo No. 176 del 21 de Mayo de 2009 del Ministerio de la Protección Social y Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2009 de la Secretaria de Educación de Cundinamarca.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes se procedió a otorgar el Certificado de Técnico Laboral por Competencias en:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Al alumno cuyos Nombres, Apellidos y Número de Identidad se relaciona a continuación:

Reseño Villanueva Peraza Bibiana

No. 1.030.633.018 de Bogotá C.C.

Es fiel copia tomada del Libro General No.68, Folio No. 844-16-844-A02 de fecha 8 de Julio de 2017 que consta de los alumnos: que comienzan con el nombre de **ALFARO RÍOS JHON JAIRÓ**, y se cierra con el nombre de **ZAWADZKY MARTINEZ KATHERINE**, dada en La Mesa, Cundinamarca, a los ocho días del mes de Julio de 2017.

Firmado y sellado

Directora

MARTHA BIBIANA PERAZA CASTILLO
C.C. No.52.195.294 de Bogotá



CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Secretaria

LEIDY ANDREA CAÑON PERAZA
C.C. No. 1.030.633.018 de Bogotá



Corporación Técnica
Empresarial para el Trabajo
Secretaría General

Certificado No.844

Calle 9 No. 24 - 84 La Mesa (Cund.) en las instalaciones del Liceo Tequendama
Tels.: 8 97 52 98 - Email: esc_estu_tec@yahoo.es



Bogotá D.C

Señores:

Colegio Atanasio Girardot IED
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF. autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Caro Bibiana Restrepo Villamar 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:

Bachiller Academico

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Nº. de documento:

1013644484 Bta

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Cia 29 B 16-10 Sur

Teléfono:

311 800 5009



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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO- GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

CÓDIGO: AP-TH-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-01-16



Bogotá D.C

Señores:

Corporación Técnica empresarial para el trabajo
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Carol Bibiana Restrepo Villamor 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:

Auxiliar en enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento:

1013644484 Bta

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Cra 29 B 16- 10 Sur

Teléfono:

311 800 5009



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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO- GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

CÓDIGO: AP-TH-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-01-16

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.644.484
RESTREPO VILLAMOR

APELLIDOS
CAROL BIBIANA

NOMBRES

Carol Restrepo Villamor

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10 SEP-1993

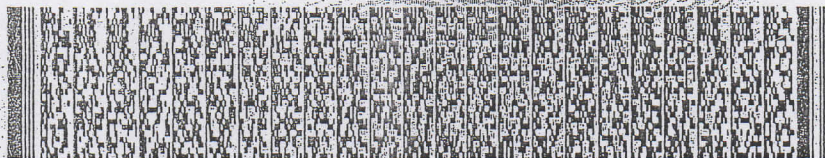
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.42 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-NOV-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00349592-F-1013644484-20111209-0028627166A 1 36993328

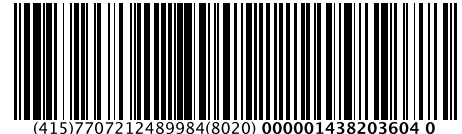
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

2. Concepto Actualización
Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14382036040



(415)7707212489984(8020) 000001438203604 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 3 6 4 4 4 8 4 - 3
6. DV 3
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: 1 0 1 3 6 4 4 4 8 4
27. Fecha expedición: 2 0 1 1 1 1 0 3
Lugar de expedición 28. País: COLOMBIA
29. Departamento: Bogotá D.C.
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.
31. Primer apellido RESTREPO
32. Segundo apellido VILLAMOR
33. Primer nombre CAROL
34. Otros nombres BIBIANA
35. Razón social:
36. Nombre comercial:
37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA
39. Departamento: Bogotá D.C.
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.
41. Dirección principal CR 29 B 1610 SUR BRR LA FRAGUA
42. Correo electrónico: caritobrv@hotmail.com
43. Código postal 3 8 6 6 1 1 4
44. Teléfono 1:
45. Teléfono 2: 3 1 1 8 0 0 5 0 0 9

CLASIFICACION

Actividad económica
Actividad principal
46. Código: 8 2 9 9
47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 0 9 2 6
Actividad secundaria
48. Código:
49. Fecha inicio actividad:
Otras actividades
50. Código: 1 2
Ocupación
51. Código:
52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma 56. Tipo
Servicio 1 2 3
57. Modo
58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 6 0 7 1 9

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 RESTREPO VILLAMOR CAROL BIBIANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 19-09-2016

Hora: 3:57:53 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 1013644484 CAROL BIBIANA RESTREPO VILLAMOR

Información General

Dirección KR 29B 16 10 SUR

Teléfonos 3866114 / 3118005009

Dirección electrónica caritobrv@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/08/2016

Soporte Inscripción 17714858

Fecha Inicio Actividades 26/09/2013

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: 16001177403

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

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

Fuente ICA TE TOCA

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



CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 800.171.517-3

SALUD OCUPACIONAL PARA EMPRESAS
RESOLUCION N° 6227

RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 05/06/2017

MOTIVO DE EVALUACION:

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:

Carol Bibiana Restrepo Villamar

C.C.

1012644489

TELÉFONO:

3118005009

EVALUACIONES REALIZADAS

Examen médico

—

Audiometría

—

Visiometría

—

Laboratorio Clínico

—

NOMBRE DE LA EMPRESA:

Sobred Centro Oriente

CARGO:

Facturador

CONCEPTO DE VALORACION MÉDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA ☒ CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR

APTO CON RESTRICCIÓN TIPO DE RETRICCIÓN No aplica

APLAZADO PARA

NO APTO POR MOTIVO

PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR SI

RETIRO

SATISFACTORIO

NO SATISFACTORIO PORQUE?

PERIÓDICO

SATISFACTORIO



REQUIERE REUBICACION

RECOMENDACIONES

Paras Actuar de nuevo la labor,
control visual, de peso y vacunación.

REMISIÓN A:

Dr. Jorge A. Betancourt
Médico Especialista
Salud Ocupacional
R.C. 110011775102-11-09-12-01

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR:

C.C.:

Principal: carrera 21 No.26-52 sur. Teléfono: 2783189 FAX: 4081986

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

www.centromedicooolaya.com-centromedicooolaya@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: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2018-12-14	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 5.2.2.2.1, 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	
RESTREPO	VILLAMOR		CAROL	BIBIANA	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		1013644484	BOGOTA	2011-11-03	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1993-09-10	BOGOTA		COLOMBIA	COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASAL ☐ DIVORCIADO(A) ☐ CON LIBRE ☐			1	1	3118005009
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLÓGICO ☒					CUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 29 B NO 16 10 SUR		BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	3866114
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
carolrestrepovillamor@gmail.com		NO APLICA		PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
NO APLICA		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
NO APLICA	NO APLICA		NO APLICA	NO APLICA	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☒		
			NACIONALIDAD:		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO ☒ ICA	SI ☐ NO ☒	8299	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORITENEDOR	SI ☐ NO ☒

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☐		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TEC ☐ LOGIA ☐ ALIM ☐ OS ☐ MEDICAM ☐ OS ☐ OTRA ☐ CUAL: ☒		GOBIERNO ☐ S/CIOS ☐ ID ☒ # NIT 9000959051			
DIRECCION DE LA EMPRESA DIAG 34 NO 5 43		TELÉFONO 3 44 44 84		CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ	
DEPARTAMENTO BOGOTÁ		PAÍS COLOMBIA			
CARGO ACTUAL APOYO A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN - FACTURADOR URGENCIAS		FECHA VINCULACIÓN 2016-08-01			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS NO APLICA	VENTAS ANUALES NO APLICA	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA NO APLICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD NO APLICA	FECHA CONSTITUCION NO APLICA	TIPO SOCIEDAD NO APLICA
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES SALARIOS \$ 1.650.000 HONORARIOS X ARRENDOS X COMISIONES X OTROS INGRESOS* X TOTAL INGRESOS \$ 1.650.000		EGRESOS MENSUALES GASTOS FAMILIARES \$ 400.000 ARRENDOS X CUOTA VEHICULO X CUOTA VIVIENDA X OTROS EGRESOS* X TOTAL EGRESOS \$ 900.000		ACTIVOS AJORROS \$ 100.000 INVERSIONES X VEHICULOS X PROPIEDADES X OTROS ACTIVOS* X TOTAL ACTIVOS \$ 100.000	
PASIVOS SALDO HIPOTECA X TARJETAS DE CREDITO X DEUDA VEHICULOS X DEUDAS TERCEROS X OTROS PASIVOS* X TOTAL PASIVOS \$ 200.000					
DESCRIPCION OTROS INGRESOS NO APLICA		DESCRIPCION OTROS EGRESOS SALUD, PENSION Y EDUCACION		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS NO APLICA	
				DESCRIPCION OTROS PASIVOS DEUDAS TERCEROS	
6. REFERENCIAS PERSONALES					
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO OVALLE		SEGUNDO APELLIDO OTALORA		PRIMER NOMBRE JORGE	
DIRECCION CLLE 9 SUR NO 1 A ESTE 22		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS BOGOTÁ		TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR 3213639049	
				TIPO RELACION AMIGO	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD DAVIVIENDA		TIPO DE PRODUCTO AJORROS		NUMERO 8400707108	
				SUCURSAL 20 DE JULIO	
				TELEFONO 6092013	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD NO APLICA		TIPO DE PRODUCTO NO APLICA		MONEDA NO APLICA	
				MONTO PROMEDIO NO APLICA	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS: IMPOR ☐ ION ☐ EXPORTA ☐ N ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ CUAL: ☒ NO APLICA					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): APOYO A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN - FACTURADORA URGENCIAS					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

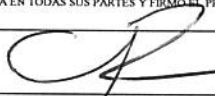
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de 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 2 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: sarluff@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Certificación de Afiliación Cotizante

El señor(a) **CAROL BIBIANA RESTREPO VILLAMOR** identificado(a) con Cedula Ciudadanía número **1013644484**

presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante: **CAROL BIBIANA RESTREPO VILLAMOR**
Número de identificación: **1013644484** Tipo Identificación: **Cédula Ciudadanía**
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): **01/08/2017** Fecha de retiro:
Estado actual cotizante: **VIGENTES** Razón de estado: **Al día - empleador pago al día**
Tipo cotizante: **Independiente**
Dirección actual de residencia: **CRA 29B 16 10 SUR** Municipio residencia: **Bogotá D.C.**
Teléfono actual de residencia: **3866114** Depto. Residencia: **SANTAFE DE BOGOTA DC**

Documento Aportante	Razón social aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
1013644484	Carol Bibiana Restrepo Villamor	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

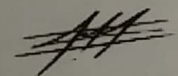
Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
1013652376	CC	LUIS FABIAN BUENO AYALA	01/08/2017	VIGENTES		COMPAÑERO(A) PERMANENTE
1013655395	RC	NOHELIA BUENO RESTREPO	01/08/2017	VIGENTES		HIJO

se firma y expide en Bogotá a los 14 del mes de Diciembre de 2018 , a solicitud del interesado

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CAROL BIBIANA RESTREPO VILLAMOR**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,013,644,484**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

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

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013644484

Numero de Documento

Colmena

ARL

Carol

Primer Nombre

Bibiana

Segundo Nombre

Restrepo

Primer Apellido

Villamor

Segundo Apellido

10/09/1993

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Cra 29 B # 16 - 10

Dirección de Residencia

3866114

Teléfono Fijo

Medinas

EPS - Salud

Ponvenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

FACTURADORA URGENCIAS

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

carolrestrepo.villamor@gmail.com

Correo Electrónico

311 800 5009

Celular



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	RESTREPO VILLAMOR CAROL BIBIANA
IDENTIFICACIÓN:	CC 1013644484
INICIO VIGENCIA:	02/06/2018
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	Principal
CLASE:	3
TASA:	2,436

La presente se expide a los 14 días del mes de diciembre del año 2018.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119198239



WEB

20:02:03

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CAROL BIBIANA RESTREPO VILLAMOR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013644484:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 20:18:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013644484
Código de Verificación	1013644484181213201822

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., 13 de Diciembre de 2018 - 20:03 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) **CAROL BIBIANA RESTREPO VILLAMOR**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO** de BOGOTÁ, D.C.

1013644484

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).

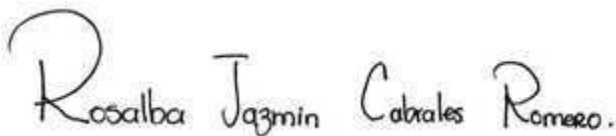
Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

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_2VVHP_0320

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



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,**

14/12/2018

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CAROL BIBIANA RESTREPO VILLAMOR** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1013644484**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	0550008400707108
Saldo a la fecha	4,032.07 Pesos
Fecha de apertura	07/11/2013

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:33:51 horas del 15/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013644484**

Apellidos y Nombres: **RESTREPO VILLAMOR CAROL BIBIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.

[Volver al Inicio](#)



Carol Restrepo <carolrestrepov@gmail.com>
para mí ▾

vie., 17 nov. 2017 6:35 ☆ ↶ ⋮

----- Mensaje reenviado -----

De: <galelias@secop.gov.co>

Fecha: 12 nov. 2017 7:29 PM

Asunto: Confirmación de acceso al SECOP

Para:

Cc:

Confirmación de acceso al SECOP II



Estimado(a) usuario(a):

Colombia Compra Eficiente ha aceptado su solicitud de acceso a los servicios de SECOP II.

Ahora puede acceder al SECOP II utilizando el usuario y contraseña establecidos en el registro.

Para ingresar siga el siguiente enlace:

<https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/>

(si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcciones de su navegador web).