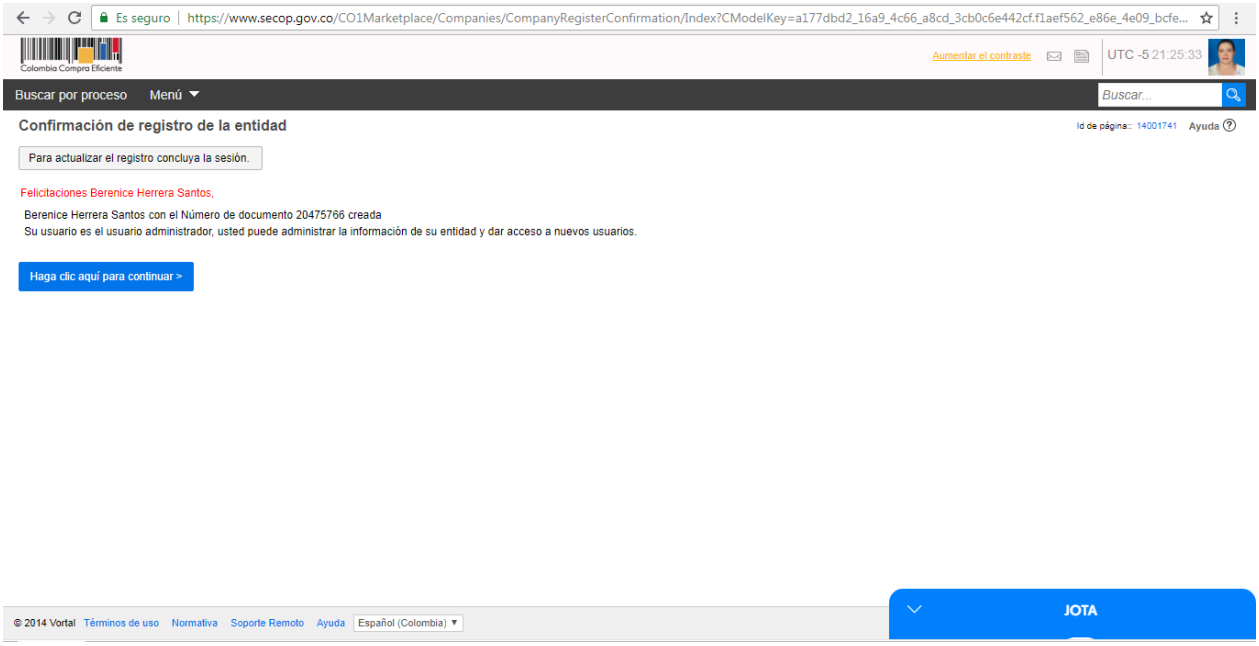

Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=a177dbd2_16a9_4c66_a8cd_3cb0c6e442cf.f1aef562_e86e_4e09_bcfe...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 21:25:33
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones Berenice Herrera Santos,
Berenice Herrera Santos con el Número de documento 20475766 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Herrera	Santos	Luz Berenice

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 20475766 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*:

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 17 MES 08 AÑO 1964

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Chipaque

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 4B #49-05

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá D.C

TELÉFONO 5681612 EMAIL luz-herrerasantos@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11 — MES 12 AÑO 2003

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TÉCNICA	4	X		Auxiliar de enfermería	12	1994	AE/9093
TÉCNICA	6	X		Administración de empresas	09	2007	

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

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Tunal	X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Cundinamarca	Bogotá D:C		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 08 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
Auxiliar de enfermería	Gineco obstetricia	Cra. 20 #42-47 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Rafael Uribe Uribe	X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Cundinamarca	Bogotá D.C		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 12 MES 02 AÑO 2002	*FECHA DE RETIRO* DÍA 12 MES 06 AÑO 2009	
2095002			
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
Auxiliar de enfermería	Terreno y hospitalización	Cra 13 #26a - 36 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Seguro social	X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Cundinamarca	Bogotá D.C		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 11 MES 02 AÑO 1995	*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 09 AÑO 1999	
4872007			
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
Auxiliar de enfermería	Urgencias y medicina general		

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	21	08
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C 30/08/2018



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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
HERRERA	SANTOS	LUZ BERENICE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 20475766

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 17 MES 08 AÑO 1964

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: CHIPAQUE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CRA 46 N°49-05

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTÁ D.C

TELÉFONO: 5681612 EMAIL: luz-herrerasanta@hotmail

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACION 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 EDUCACION BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2003
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

MODALIDAD ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TÉNICA	4	x		Auxiliar de enfermeria	12	1994	AE/9093
TÉCNICA	6	x		Administración de empresas	09	2007	

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

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

1

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL TUNAL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 31 MES 12 AÑO 2010	DÍA 31 MES 08 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	GINECO OBSTETRICIA	CRA 20 N°42-47 SUR.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2095002	DÍA 12 MES 02 AÑO 2002	DÍA 12 MES 06 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	TERRENO Y HOSPITALIZACIÓN	CRA 13 N°26A-36 SUR

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SEGURO SOCIAL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4872007	DÍA 11 MES 02 AÑO 1995	DÍA 30 MES 09 AÑO 1999

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
AUXILIAR DE ENFERMERIA	URGENCIAS Y MEDICINA GENERAL	

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	21	08
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento BOGOTÁ D.C 07/09/2018

Luz Berenice Parra

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

Scanned by CamScanner

FORMATO UNICO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Este Formulario Unico de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada debe ser diligenciado por todo servidor público, antes de tomar posesión de un cargo o empleo público y al momento de su retiro. Además, debe ser diligenciado como actualización, por todo servidor público, que al último día del mes de marzo de cada año, se encuentre vinculado con el Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º del Decreto 736 de 1996.

INSTRUCCIONES GENERALES :

Diligencie este formato en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro. No omita ningun dato. Si los espacios no permiten la relación completa y adecuada de la información, amplíe los datos en hojas en blanco, haciendo referencia al numeral que requiere complementar.

DEFINICIONES :

Acreencias y obligaciones vigentes : Hace referencia al conjunto de deudas que posee el servidor público a la fecha de posesión, actualización de datos o retiro de la entidad.

Actividades económicas de carácter privado : Son todas aquellas actividades que el servidor publico realiza de forma ocasional o permanente, con el propósito de lograr recursos adicionales a los devengados con el Estado.

Bienes patrimoniales : Es el conjunto de activos que una persona posee. Estos activos incluyen los bienes muebles e inmuebles. El valor que se debe presentar es el comercial, o el resultante de la utilización de los métodos de depreciación y de ajustes admitidos por las normas contables del país.

Calidad de miembro : Hace referencia al tipo de nombramiento o participación que una persona posee dentro de una junta directiva, un consejo o una sociedad legalmente establecida.

Caracter de la entidad : Hace referencia a si estas entidades son públicas o privadas.

Ciudad y fecha : Corresponde al corte de cuentas establecido en el Decreto 2232 de 1995.

Declaración juramentada : Se considera como declaración juramentada la presentación de este formulario, debidamente diligenciado y firmado, ante la entidad empleadora. Con el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995 quedó abolida la obligatoriedad de su presentación ante Notario Público.

Ingresos y rentas del último año gravable: Son todos los ingresos obtenidos en el año calendario inmediatamente anterior al de la presentación de esta declación.

Participación en juntas, consejos y sociedades : Hace referencia a cualquier vinculo como socio, asociado y/o propietario de cualquier tipo de corporación, sociedad o asociación legalmente establecida.

Primer grado de consanguinidad: Se refiere estrictamente a padres e hijos del servidor público.

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS :

1. Declaración juramentada

1.1 Bienes y rentas.

- Escriba su nombre completo, marque con una X el documento de identificación. Escriba el número respectivo y todos los datos de su domicilio principal.
- Relacione todos los parientes de primer grado, escribiendo los apellidos y nombres, el documento de identidad y su parentesco.
- Marque con una X la razón por la cual está diligenciando la presente declaración.
- Relacione todos los ingresos y rentas obtenidos en el año inmediatamente anterior.
- Relacione todas las cuentas corrientes y de ahorro que posea en colombia y en el exterior, de forma directa o por interpuesta persona.
- Relacione todos los bienes que posee, según tipo (casa, apartamento, carro, etc.), indicando las caracteristicas respectivas de cada uno de ellos y el valor comercial.
- Relacione todas las obligaciones que posee a la fecha, indicando el acreedor, el concepto y el valor.

1.2 Participación en juntas y sociedades:

- Relacione los concejos directivos y las juntas a que pertenece.
- Relacione las corporaciones, sociedades o asociaciones en las que tiene participación como socio, propietario o empleado.
- Marque con una X la casilla correspondiente a si posee o no sociedad conyugal o de hecho vigente, indicando el nombre y el documento de identidad del cónyuge o compañero permanente.

2. Información sobre Actividades Economicas Privadas:

Incluya en este cuadro la información de todas las actividades económicas privadas que le generan ingresos adicionales a los obtenidos en el sector público, indicando las caracteristicas de dichas actividades y la forma en que se beneficia de ellas.

3. Firma del Servidor Público:

Con la firma, manifiesta usted bajo la gravedad del juramento que los datos consignados en el presente formulario son veraces.

Scanned by CamScanner

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1. DE BIENES Y RENTAS

YO LUZ BERENICE HERRERA SANTOS

IDENTIFICADO CON C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No 20475766 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN BOGOTÁ

DIRECCIÓN CRA 4B #49-05 TELÉFONOS 3135426937

MUNICIPIO BOGOTÁ D.C DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA PAÍS COLOMBIA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
OMAR YESID BARBOSA HERRERA	80748325	HIJO
EDUARD HAIRO BARBOSA HERRERA	1023867945	HIJO
YASBLEIDY ALEXANDRA PACHECO HERRERA	1033769101	HIJA
TATIANA VALENTINA PACHECO HERRERA	1031188607	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13, 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN [ ] PARA RETIRARME [ ] PARA ACTUALIZACIÓN [ ] PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE [X] QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	004870336478	TUNAL	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
CASA	050S40058613	90.000.000

Scanned by CamScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Luz Berenice [signature]
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogotá D.C 9/07/18
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

La escuela de Auxiliares de Enfermería del Centro de Capacitación Unisalud

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Luz Berencie Herrera Santos 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 de Enfermería

Cordialmente;



Firma

No. de documento: 20475766

Tarjeta profesional No: AE/9093

Dirección de contacto: luz-herrerasantos@gmail.com

Teléfono: 3135426937

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPS)	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, se encuentra el registro de **LUZ BERENICE HERRERA SANTOS**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **20475766,** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad en calidad de Orden de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
1961	01/12/2010	31/01/2011	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$2'111.760	TUNAL
160	01/02/2011	31/01/2012	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$13'585.656	TUNAL
402	01/02/2012	31/12/2012	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$12'494.580	TUNAL
353	01/01/2013	12/09/2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$11'274.648	TUNAL
1812	08/10/2013	07/01/2014	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$4'282.902	TUNAL
437	08/01/2014	28/02/2015	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$20'111.752	TUNAL
271	01/03/2015	31/12/2015	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$15'291.700	TUNAL
453	01/01/2016	31/07/2016	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$10'559.148	TUNAL
00203	01/08/2016	31/08/2016	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1'512.192	TUNAL

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1504.** Código de Verificación NW<U71GFG.

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPS)	ADM-CTT-FT-22 V1

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **Siete días del mes de Octubre del 2016**

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por	Cecilia Pérez Bautista	Asistente Administrativo	TUNAL	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades publicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

Mediante Decreto 171/2016 se designó para el periodo de transición a los Gerentes de las E.S.E. resultantes de la fusión ordenada en el Acuerdo 641/2016, (Subred Integrada de Servicios de Salud) con las funciones previstas en el artículo 5, tanto para efectos de subrogación, obligaciones y perfeccionamiento del proceso de fusión.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **de responsabilidad y eficacia**, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

Scanned by CamScanner

EL SUSCRITO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA :

Que entre el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** y la señorita **LUZ BERENICE HERRERA SANTOS** identificada con la cédula número 20475766 de Bogotá se celebraron Contratos según los requerimientos del Hospital, cumpliendo a satisfacción con sus actividades contratadas con el Hospital, en las siguientes fechas:

VIGENCIA	TIPO	NUMERO	OBJETO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR
2002	ORDEN	208	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2002-12-02	2002-12-31	60.000
2002	ORDEN	243	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2002-06-17	2002-07-08	450.000
2002	ORDEN	323	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2002-07-16	2002-07-26	690.000
2003	ORDEN	121	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2003-01-02	2003-02-28	1.590.000

Se expide la presente certificación a los Quince (15) días del mes de Agosto de Dos Mil Ocho (2.008).

OSCAR EDUARDO DIAZ GONZALEZ

Vo.Bo. CARLOS ALBERTO LOPEZ RUIZ
Transcribio Clara Garcia.

Scanned by CamScanner

Coop. Intrasalud Cta
Las manos de la salud
NIT. 830.100.735-5

LA SUSCRITA LIDER DEL PROCESO DE GESTION DE SERVICIOS DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA SALUD

COOP. INTRASALUD C.T.A

CERTIFICA:

Que el Sr. (a), LUZ BERENICE HERRERA SANTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 20475766, estuvo afiliado(a) como asociado(a) a COOP.INTRASALUD C.T.A.; como trabajador asociado, desempeñó el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA, devengando una compensación mensual de SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE. ($787000) del 1 de Abril de 2003 al 30 de Octubre de 2005, bajo la modalidad de Acto Cooperativo, actividad que realizó en el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

La presente certificación se expide con destino al interesado, a los 06 días del mes de julio de 2009.

COOP. INTRASALUD
NIT. 830100735-5

LUCIA OSORIO TORRES

Elaboró: ALEJANDRO DONCEL C.

Para su confirmación favor, comunicarse con la línea de atención y solicitud de certificaciones laborales: 522 46 78

Calle 141 No. 45-51 **PBX:** 614 83 11 **Fax:** 614 83 11 **ext.:** 132 - 127 - 126
www.coopintrasalud.net - **E-mail** coopintrasalud@etb.net.co / coop_intrasalud@hotmail.com
Bogotá - Colombia

Scanned by CamScanner

Nusil Salud C.T.A.
Cooperativa de Trabajo Asociado
NIT: 830111387-2

CERTIFICACION

ASOCIADO ACTIVO

La suscrita Gerente Administrativa y Financiera de la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL SALUD C.T.A., certifica que LUZ BERENICE HERRERA SANTOS, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 20475766, se encuentra vinculado(a) a LA COOPERATIVA mediante convenio de trabajo, desde el 1-Nov-2005, ejerciendo el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA y devengando unos ingresos totales últimos de $847.589.=.

Que entre LUZ BERENICE HERRERA SANTOS y la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL SALUD C.T.A., existe un convenio de trabajo asociado por el termino de duración de la obra o labor en el que el Asociado se obliga en forma especial a trabajar de acuerdo con las exigencias de LA COOPERATIVA, en función del contrato de prestación de servicios celebrado entre LA COOPERATIVA y HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E..

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente certificación en la ciudad de Bogotá D. C., hoy 24 de julio de 2008, a solicitud del interesado, con destino a quien pueda interesar.

Cordialmente,

ELLEN NUDELMAN GOLDSTEIN
Gerente de Administrativa y Financiera

Nusil Salud C.T.A.
Cooperativa de Trabajo Asociado
NIT. 830111387-2

Scanned by CamScanner

Nusil Salud C.T.A.
Cooperativa de Trabajo Asociado

NIT. 830.111.387-2

Bogotá D. C., 03 de septiembre de 2008

Señor(a)
LUZ BERENICE HERRERA SANTOS
C.C. 20475766
Asociado(a)
Ciudad

Ref.: Terminación Convenio de Trabajo

Apreciado(a) Asociado(a):

Tal y como tuvimos la oportunidad de comunicarlo en días pasados el día de hoy 3 de Septiembre vence el término de ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. 006 de 2.008 suscrito entre la Cooperativa y el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E, razón por la cual finaliza la ejecución de los procesos, subprocesos y actividades consignadas en el convenio de trabajo asociado celebrado entre usted y la Cooperativa.

En virtud de lo expuesto, y como consecuencia, a partir de la fecha se termina el Convenio de Trabajo Asociado estando pendientes de las instrucciones por parte de la Gerencia del Hospital para proceder a la entrega de los procesos a su cargo.

Sírvase presentarse en las Oficinas de la Cooperativa, anexando las Actas de Entrega de Procesos e Inventarios, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presente con el fin de reconocerle y pagarle las compensaciones y demás beneficios establecidos a su favor.

Le agradecemos la dedicación y esmero presentados por usted en la prestación del servicio y esperamos poder volver a vincularlo(a) nuevamente a la Cooperativa en el futuro.

Cordialmente

Alicia Guzman R

ALICIA GUZMAN RONDON
Presidente del Consejo

Nusil Salud C.T.A.
Cooperativa de Trabajo Asociado
NIT. 830111387-2

Carrera 7 Bis A No. 123-76 PBX. 6201407 E-Mail: nusil_cta@hotmail.com Bogotá D. C.

Scanned by CamScanner

CORPORATIVOS DE COLOMBIA
Cooperativa de Trabajo Asociado Especializada en Salud

Especializados en Servicios
Para el Sector Salud.

Bogotá, 23 de Abril de 2009

Señor(a)
HERRERA SANTOS LUZ BERENICE
Trabajador(a) Asociado(a) CORPOCOL
Ciudad

Respetado(a) Señor(a):

Con base en la reglamentación existente en la Cooperativa, me permito informarle que fue modificado el contrato de prestación de servicios entre HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE y la Cooperativa, modificación que alteró su condición de trabajador(a) asociado(a).

Por lo anterior, queda usted cesante a partir del 02 de Mayo de 2009, la cooperativa buscará colocarlo(a) en otro frente de trabajo. Teniendo en cuenta que podrá continuar siendo asociado de la Cooperativa con las responsabilidades pertinentes, como el pago con su propio peculio de los aportes a salud, pensión, riesgos profesionales y aportes sociales; conforme a lo señalado en el concepto No. 1311 del 7 de Marzo de 2006 del MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

Esperamos que las buenas relaciones solidarias que hoy tenemos perduren para beneficio de todos.

Solidariamente,

JUAN CARLOS APONTE CASTRO
Representante Legal

Copia: Hoja de vida

Calle 49 No. 17 - 42 Of. 501
Teléfono: 285 5927
E-mail: corpocolcta@yahoo.com
Bogotá, D.C. - Colombia

Scanned by CamScanner

Servicios & Asesorías s.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

EL SUSCRITO JEFE DE PERSONAL

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) LUZ BERENICE HERRERA SANTOS identificado (a) con cédula de ciudadanía número 20,475,766 labora como trabajador en misión para nuestra empresa cliente HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE desempeñando el cargo de AUXILIAR ASISTENCIAL desde el 03 de mayo del 2009 a la fecha.

Con un contrato por obra o labor determinada devengando una salario básico mensual de $590,000 (QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE).

Se expide a solicitud del interesado a los (23) días del mes de julio del 2009 en la ciudad de Bogota DC,

Cordialmente,

p/ Servicios & Asesorías
JORGE RUGE
NIT.: 890.312.77[illegible]

Coordinador contratación Bogota

Servicios y Asesorías S.A

Scanned by CamScanner

SEGURO SOCIAL
En liquidación

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA SUSCRITA COORDINADORA GENERAL – ISS EN LIQUIDACIÓN

CERTIFICA

Que de conformidad con lo obrante en el expediente del ex contratista HERRERA SANTOS LUZ BERENICE, identificada con Cédula de Ciudadanía No.20475766 de Chipaqué - CUNDINAMARCA, celebró diversos contratos de prestación de servicios conforme a lo establecido en el numeral 3º del Artículo 32 de la Ley 80 de 1993 con el Instituto de Seguros Sociales, en los periodos detallados a continuación:

SECCIONAL	CONTRATO No	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO	HONORARIOS
CUNDINAMARCA	2292	29/12/1995	30/03/1996	AUX.ENF.CLINICA	$ 475.000
CUNDINAMARCA	2974	08/04/1996	30/09/1996	AUX.ENF.CLINICA	$ 475.000
CUNDINAMARCA	4066	08/10/1996	07/04/1997	AUX.ENF.CLINICA	$ 562.875
CUNDINAMARCA	539	09/04/1997	30/09/1997	AUX.ENF.CLINICA	$ 681.000
CUNDINAMARCA	1268	01/10/1997	31/03/1998	AUX. SERV. ASIST. ENF. CLINICA	$ 681.000
CUNDINAMARCA	362	01/04/1998	30/06/1998	AUX. SERV. ASIST. ENF. CLINICA	$ 797.000
CUNDINAMARCA	771	01/07/1998	30/11/1998	AUXILIAR SERVICIOS ASIST.ENF.C	$ 797.000
CUNDINAMARCA	1463	02/12/1998	31/03/1999	AUXILIAR SERVICIOS ASIST.ENF.CLINIC	$ 797.000
CUNDINAMARCA	263	01/04/1999	30/09/1999	AUXILIAR SERVICIOS ASIST.ENF.CLINIC	$ 797.000

Se expide a solicitud del interesado y de acuerdo con los documentos que reposan en el expediente contractual.

Bogotá D.C 30 de marzo de 2015.

MARIA ANTONIETA VASQUEZ FAJARDO
Coordinadora General - ISS Liquidación

Proyecto. Esther Peña

MinSalud

Av.19 N 14 - 21 Bogotá
Tels: 4872007

Scanned by CamScanner

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

El Centro de Educación Formal "Robert Hooke"

Autorizado por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Según Resoluciones 8586 del 4 de Dic./97, 2984 del 24 de Sept./99
8563 del 20 de Nov. /01 - 8707 del 29 de Nov./01 y 500 del 01 de Mar./02 S.E.D.

Confiere a:

Luz Berenice Herrera Santos

Identificado(a) con CE No. 20.475.766 de Chipaque-Cund.

El título de

Bachiller Académico

Con Enfasis en

Desarrollo Humano e Informática

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas Vigentes en concordancia con el Proyecto Educativo Institucional.

Rector

Pedro Pastor Cárdenas González
C.C. No. 3 290 521 de Villavicencio

Secretario

Bairon Enrique Sabogal Sandoval
C.C. No. 79.978.773 de Sta. Fe de Bogotá

Libro Interno de Registro de Diplomas No. 3 Acta General de Graduación No. 13. Libro No. 5

Dado en Bogotá, D.C. a los 07 días del mes de Diciembre de 2003

No requiere registro en la Sec. de Educ., según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994
No requiere sellos ni autenticación en Notaría Decreto 2150 de 1995

Scanned by CamScanner

CENTRO DE EDUCACION FORMAL
ROBERT HOOKE

Sede Principal: Carrera 19 No. 44-55 Sur
Teléfono: 279 42 64
Seccional Restrepo: Calle 17 Sur No. 17 - 53 Piso 3
Teléfonos: 272 21 38 - 278 76 83
Seccional Kennedy: Calle 38 B Sur No. 75A-29
Teléfonos: 264 74 77 - 403 83 70

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 07 días del mes de Diciembre del año 2003 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado; los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Centro de Educación Formal "Robert Hooke", Institución aprobada en el Nivel de Educación Media, y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de Bachiller de carácter Académico con énfasis en Desarrollo Humano e Informática según resoluciones No. 8586 del 04 de Diciembre de 1997 - 2984 del 24 de Septiembre de 1999 - 8563/01 - 8707/01 y 500/02 de la Secretaría de Educación del D.C. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, procedieron a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADEMICO
CON ENFASIS EN DESARROLLO HUMANO E INFORMATICA

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

311 HERRERA SANTOS LUZ BERENICE
C.C. 20,475,766 CHIPAQUE (C/MARCA)

Es fiel copia de acta original General No. **13** de fecha **07** de Diciembre de **2003** que consta de 771 alumnos que comienza con el nombre de: **ABELLO MEZA IBETH**
y cierra con el nombre de: **ZULUAGA BARRERO EDWARD ANDRES**

En constancia se firma la presente acta por quienes en ella intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7° del decreto 180 de 1981

Dada en Bogotá, D.C. a los 07 días del mes de Diciembre de 2003.

Lic. Espec. Pedro Pastor Cardenas González
Rector
C.C. No. 3.290.521 de Villavicencio

Bairon Enrique Sabogal Sandoval
Secretario
C.C. NO. 79.978.773 de Sta. Fé de Bogotá

No requiere autenticación en Notaría según decreto 2150 de 1995

Scanned by CamScanner

República de Colombia

La Escuela de Auxiliares de Enfermería del Centro de Capacitación Unisalud

de Santafé de Bogotá, D.C.

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

Confiere el Certificado de

Auxiliar de Enfermería

a:

Luz Berenice Herrera Santos.

Identificada con c.c. 20475.766 de Chipaque

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

Director | Secretaria Docente | Profesor

Dado en Santafé de Bogotá a los 16 días del mes de Diciembre de 1994

Secretaría de Educación

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA
SECRETARIA DE EDUCACION
DIVISION DE EDUCACION COMUNITARIA

La institución educativa que expide el presente Certificado se halla debidamente organizada y autorizada para impartir este tipo de capacitación.

Bogotá, D. E. 14 DIC. 1994

Scanned by CamScanner

Centro de Capacitación UNISALUD

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

ACTA No. 19

En el auditorio de la carrera 16 No. 51 - 36 Piso 3º de esta ciudad, en acto presidido por el Médico Director de la Escuela de Auxiliares de Enfermería del Centro de Capacitación UNISALUD y con la asistencia del cuerpo de profesores, previo juramento de rigor, se le hizo entrega a:

LUZ BERENICE HERRERA SANTOS

Con cédula número 20'475.766 de Chipaque, del Certificado que la acredita como:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

En testimonio de lo anterior se firma la presente en Santafé de Bogotá, D.C., a los dieciseis (16) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cuatro (1.994).

EFRAIN GARTNER NICHOLLS
Médico Director UNISALUD
Dirección General

ELSA ZARATE SANTAMARIA
Secretaria Docente

Scanned by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA

CORPORACION INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACION SOCIAL

Personería Jurídica 2028 de 1982 Ministerio de Educación Nacional

ISES

CONFIERE EL TITULO DE TECNICO PROFESIONAL EN

ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

A

Luz Berenice Herrera Santos

C.C. No. 20.475.766 de Chipaque - Cundinamarca

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C., A LOS 22 DIAS DEL MES DE IX DE 2007

RECTOR

VICE RECTOR ACADEMICO

DECANO

SECRETARIO

REGISTRADO AL FOLIO 19 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 15

Scanned by CamScanner

CORPORACIÓN INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN SOCIAL

ISES

Aprobación Resolución No. 13812 de 1977, Personería Jurídica No. 2028 de 1982, otorgada por el Ministerio de Educación Nacional, Aprobación Acuerdo 103 de 1992 ICFES y Reglamentación Ley 30 de 1992

ACTA DE GRADO No. 1504

REGISTRO AL FOLIO No. 19 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 15

En Bogotá, D.C., República de Colombia, el día once (11) del mes de Septiembre del año Dos Mil Siete (2007) se reunió el Consejo Académico de la Institución, con el objeto de otorgar el título de **Técnico Profesional en ADMINISTRACION DE EMPRESAS** a **LUZ BERENICE HERRERA SANTOS** identificado(a) con C.C No. 20.475.766 de CHIPAQUE CUNDINAMARCA y Código Estudiantil No. 20420222. Quien aprobó satisfactoriamente todas las asignaturas del programa de **Técnico Profesional en ADMINISTRACION DE EMPRESAS** y cumplió todos los requisitos exigidos por la Ley y por los Reglamentos de la Institución.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado,

MIGUEL AVILA FIGUEROA
Rector

HERNANDO MORA MORA
Secretario General

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.475.766**

HERRERA SANTOS

APELLIDOS

LUZ BERENICE

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **17-AGO-1964**

CHIPAQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-FEB-1983 CHIPAQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00193060-F-0020475766-20091101 **00176**33995A 1 1640106226

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-05-2016
Hora: 9:51:00 AM

CONTRIBUYENTE NIT 20475766-4 LUZ BERENICE HERRERA SANTOS

Información General

Dirección KR 4B 49 A 05 SUR

Teléfonos 5681612-3135426937

Dirección electrónica LUZ-HERRERASANTOS@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/05/2016

Soporte Inscripción 22341536

Fecha Inicio Actividades 10/02/1994

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000805594

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14480804176

(415)7707212489984(8020) 000001448080417 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 0 4 7 5 7 6 6	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	2 0 4 7 5 7 6 6	1 9 8 3 0 2 2 5

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Chipaque 1 7 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERRERA	SANTOS	LUZ	BERENICE

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 4 B 49 05 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
luz-herrerasantos@hotmail.com		5 6 7 6 0 2 9	3 1 3 5 4 2 6 9 3 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	1 9 9 5 0 4 0 3	7 4 9 0	2 0 0 8 1 1 1 2				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 9 0 3

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 HERRERA SANTOS LUZ BERENICE
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DE REGISTRO

RESOLUCION 423 DE 1995

EXPEDICION: Mes V Año 1995

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

HERRERA SANTOS LUZ BERENICE
NOMBRES APELLIDOS

20475766
No CEDULA

AE/9093
CODIGO

AUXILIAR DE ENFERMERIA
PROFESION



Luz Berenice Herrera
FIRMA

FIRMA AUTORIZADA

Scanned by CamScanner

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
HEPATITIS B HEPAVAX-GENE	Rec	12a-28-05	20601098	Yesenia
	Rec	Ago. 29-05	10701998	Yesenia
	Ref.	oct. 26-05	2140198	Yesenia.

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
TÉTANOS DIFTERIA (Dif-Tet-Ait)*	1a	Feb 14-06	145231	Yesenia.
	2	Mar 28-06	16242	Yesenia
	3	Sep 20-06	— —	Yesenia
	4	Oct. 6. 2008	— —	Yesenia.

INFLUENZA AGRIPPAL S1	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1	Ago. 11. 2008	18342	Yesenia.

VARICELA VARICELLA VACCINE (OKA)*	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR*	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1	24. Mar 2006.	17435A	[illegible]

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA

Cortesía de
BIOTOSCANA S.A.
Su angel protector en salud

CARNET DE VACUNACION



Nombre	Berenice Herrera
Dirección	C. 94B #49A-03
Teléfono	7111199.
H.C.	20475766.
Entidad Vacunadora	Hospital Rafael U

Certificado de Vacunación

Institución: Hospital Rafael U
Nombre: Jazz B. Herrera
Identificación: 20475766

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	1	21/07/15	03U13004A	

Cortesía de Sanofi Pasteur

Certificado de Vacunación

Institución: Hospital El Tairal
Nombre: Jazz Berenice Herrera
Identificación: 20475766

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
① HB	1	21/07/15	03U13004A	
② HB	2	21/sep/15	01413ocia	
③ HB	3.	6/5/16	B3L4C091.	

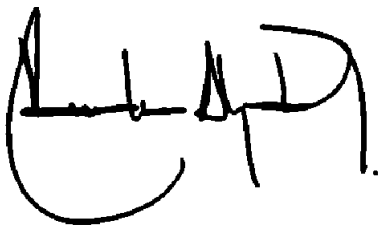
Scanned by CamScanner

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUZ BERENICE HERRERA SANTOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **20,475,766**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 31 días del mes de Agosto de 2018.



_____
Gerente de Clientes

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:40:16 horas del 31/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **20475766**
Apellidos y Nombres: **HERRERA SANTOS LUZ BERENICE**

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO** **FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS**	**CÓDIGO: AP-TH-FT-013** **VERSIÓN: 05** **FECHA: 2017-11-08**

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO		
TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PERFECTAMENTE LEGIBLE (NÍTIDA)		
DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO		
1	**SOPORTE DE INSCRIPCIÓN SECOP II**	**Adjuntar pantallazo de la inscripción como proveedor al SECOP II**
2	**FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)**	**Diligenciar el formato en medio magnético o manuscrito legible TODOS los campos** **Sección 1: Verificar que vaya registrado No. de documento;** **Sección 2: Registrar la información pertinente.** **Sección 3: Relacionar solamente la experiencia que tenga soporte en físico y cumpla como mínimo la experiencia requerida en el formato de necesidad. Se excluyen de certificación los hospitales que ahora hacen parte de la subred. Preferiblemente que no registren experiencia anterior al 2007.** **Sección 4: Totalizar la experiencia laboral y que especialmente esté incluida en la sección 3.** **Sección 5: Marcar con una X el manifiesto de causales de inhabilidad para ejercer cargos públicos. En caso de que se diligencie la opción "SI" no será posible realizar el contrato. Debe registrarse la fecha y firma del candidato (No es válido escribir el nombre en computador)** **Sección 6: No se diligencia ningún campo.**
3	**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)**	**Diligenciar todos los campos incluyendo los familiares en primer grado de consanguinidad.** **Marcar con una X la casilla de actualización.** **En el literal A debe diligenciarse el valor de los ingresos percibidos en todo el año 2016.** **Relacionar como mínimo la cuenta bancaria en la que la subred consigna los honorarios.** **Relacionar los bienes que se posean.** **Relacionar obligaciones (deudas) si las tienen.** **Si están casados o tienen sociedad conyugal de hecho deben diligenciar los datos del cónyuge.** **Firmar (No es válido escribir el nombre en computador)** **Registrar la fecha)**
4	**DIPLOMAS ACADÉMICOS**	**Deben ser legibles y completos. Los profesionales NO deben anexar documentos de bachiller.**
5	**ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO**	
6	**CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES**	**Solamente deben anexarse los relacionados con el cargo y que se encuentren vigentes (solo los realizados en los últimos 10**
7	**SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)**	**No aplica para estudios realizados en Colombia.** **Anotar en las observaciones el No de registro y la fecha.**
8	**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)**	**Diligenciar todos los campos: nombre de la institución, nombre de quien hace la solicitud, titulo obtenido y datos de contacto** **Solamente para técnicos y profesionales (no aplica para bachilleres, ni para cursos no formales)** **Solamente debe diligenciarse el de los estudios que soportan el cargo a cubrir (si se requiere como profesional universitario y ha realizado posgrados, solo diligencia el de la formación de pregrado).**
9	**CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA**	**Anexar solamente los registrados en la hoja de vida y que demuestren la experiencia solicitada. No son válidas las copias de contratos, ni certificaciones sin logos, sellos o teléfono y dirección de contacto de la empresa.**
10	**FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%**	
11	**REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU 3900 FECHA**	**Verificar que la actividad económica tenga relación con las actividades a desempeñar en la Subred y que los datos de identificación y ubicación estén vigentes. Si no es así debe ser actualizado.** **No hay restricción de que en el formato haya registrada más de una actividad económica.**
12	**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**	**Verificar que la actividad económica relacionada sea la misma que se requiere para el ejercicio del cargo y relacionada en el RUT**
13	**LIBRETA MILITAR (Hombres)**	**Solo aplica para menores de 50 años. Para personas que no la tengan, deben presentar un soporte actualizado de que se está realizando el trámite y firmar el compromiso de entregar la libreta como máximo en 18 meses.**
14	**TARJETA PROFESIONAL**	**Para profesionales. En caso de estar en trámite firmar compromiso de entrega en máximo 3 meses.**
15	**RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)**	**Todo personal que preste sus servicios de en el área asistencil debe realizar el registro ante la SDS y anexar el soporte.**
16	**CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)**	**Todo personal de salud debe realizar el registro ante la SDS y anexar el soporte.**
17	**ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Adminsitración)**	**Solo para profesionales en Medicina, Enfermería, Odontología y Derecho. En caso de estar en trámite firmar compromiso de entrega en máximo 2 meses.**
18	**CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)**	**El esquema completo (3 dosis) tiene vigencia de 10 años.** **En caso de no contar con las 3 dosis debe presentar titulaciones y se revisará:** ***Si el resultado está entre 0 y 4,9 debe reiniciar el esquema, presentar al menos la primera dosis y firmar el compromiso de entregar copia de cada nueva dosis aplicada hasta completar el esquema.** ***Si el resultado está entre 5 y 9,9 debe aplicarse un refuerzo, presentar el soporte y firmar el compromiso de entregar nueva titulación en 60 a 90 dias.** ***Si el resultado está entre 10 y 99 tiene vigencia de 6 meses** ***Si el resultado está entre 100 y 999 tiene vigencia de 2 años.** ***Si el resultado está entre 1000 y 9999 tiene vigencia de 5 años.** ***Si el resultado es mayor a 10000 tiene vigencia de 6 años.** *** Después pasada la vigencia debe aplicar refuerzo** **Aplica para personal administrativo que preste servicios al usuario en las sedes asistenciales (orientadores, trabajadoras sociales, personal de PQR, entre otros)**
19	**EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)**	**Verificar fecha de emisión. Tiene validez de 3 años máximo**
20	**CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años**	**CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años Verificar fecha de emisión. Tiene validez de 4 años máximo**
21	**CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)**	**Requerido para Personal Asistencial, Auxiliar Ambulancias, todo el personal de atención domiciliaria, NO MÉDICOS. Tiene vigencia de 2 años**
22	**CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)**	**Requerido para médicos de urgencias, personal de atención ambulatoria de SPA y salud mental y personal APH. Tiene vigencia de 2 años**
23	**CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)**	**Solo para conductores de ambulancia**
24	**LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)**	**Solo para conductores de vehículos y motos**

25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	Solo para conductores de vehículos y motos
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____	Vigencia máxima de 1 mes. Verificar que el certificado no diga beneficiario o amparado, debe decir cotizante independiente o mixto. Registrar el nombre de la EPS en el espacio correspondiente
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	Con vigencia mínima de 1 mes. Registrar el nombre del fondo en el espacio correspondiente
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	Vigencia de máxima de 3 meses y que no cuente con inhabilidad vigente. Verificar que el nombre y número de cédula esté correcto
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Herrera	Santos	Luz Berenice

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 20475766 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*:

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 17 MES 08 AÑO 1964

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Chipaque

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 4B #49-05

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá D.C

TELÉFONO 5681612 EMAIL luz-herrerasantos@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11 — MES 12 AÑO 2003

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TÉCNICA	4	X		Auxiliar de enfermería	12	1994	AE/9093
TÉCNICA	6	X		Administración de empresas	09	2007	

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

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Tunal	X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Cundinamarca	Bogotá D:C		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 08 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
Auxiliar de enfermería	Gineco obstetricia	Cra. 20 #42-47 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Rafael Uribe Uribe	X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Cundinamarca	Bogotá D.C		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 12 MES 02 AÑO 2002	*FECHA DE RETIRO* DÍA 12 MES 06 AÑO 2009	
2095002			
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
Auxiliar de enfermería	Terreno y hospitalización	Cra 13 #26a - 36 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Seguro social	X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Cundinamarca	Bogotá D.C		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 11 MES 02 AÑO 1995	*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 09 AÑO 1999	
4872007			
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
Auxiliar de enfermería	Urgencias y medicina general		

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	21	08
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C 30/08/2018



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

FORMATO ÚNICO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Este Fomulario Unico de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada debe ser diligenciado por todo servidor público, antes de tomar posesión de un cargo o empleo público y al momento de su retiro. Además, debe ser diligenciado como actualización, por todo servidor público, que al último día del mes de marzo de cada año, se encuentre vinculado con el Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º del Decreto 736 de 1996.

INSTRUCCIONES GENERALES :

Diligencie este formato en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro. No omita ningún dato. Si los espacios no permiten la relación completa y adecuada de la información, amplíe los datos en hojas en blanco, haciendo referencia al numeral que requiere complementar.

DEFINICIONES :

Acreencias y obligaciones vigentes : Hace referencia al conjunto de deudas que posee el servidor público a la fecha de posesión, actualización de datos o retiro de la entidad.

Actividades económicas de carácter privado : Son todas aquellas actividades que el servidor público realiza de forma ocasional o permanente, con el propósito de lograr recursos adicionales a los devengados con el Estado.

Bienes patrimoniales : Es el conjunto de activos que una persona posee. Estos activos incluyen los bienes muebles e inmuebles. El valor que se debe presentar es el comercial, o el resultante de la utilización de los métodos de depreciación y de ajustes admitidos por las normas contables del país.

Calidad de miembro : Hace referencia al tipo de nombramiento o participación que una persona posee dentro de una junta directiva, un consejo o una sociedad legalmente establecida.

Carácter de la entidad : Hace referencia a si estas entidades son públicas o privadas.

Ciudad y fecha : Corresponde al corte de cuentas establecido en el Decreto 2232 de 1995.

Declaración juramentada : Se considera como declaración juramentada la presentación de este formulario, debidamente dilenciado y firmado, ante la entidad empleadora. Con el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995 quedó abolida la obligatoriedad de su presentación ante Notario Público.

Ingresos y rentas del último año gravable: Son todos los ingresos obtenidos en el año calendario inmediatamente anterior al de la presentación de esta declación.

Participación en juntas, consejos y sociedades : Hace referencia a cualquier vínculo como socio, asociado y/o propietario de cualquier tipo de corporación, sociedad o asociación legalmente establecida.

Primer grado de consanguinidad: Se refiere estrictamente a padres e hijos del servidor público.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS :

1. Declaración juramentada

1.1 Bienes y rentas.

- Escriba su nombre completo, marque con una X el documento de identificación. Escriba el número respectivo y todos los datos de su domicilio principal.
- Relacione todos los parientes de primer grado, escribiendo los apellidos y nombres, el documento de identidad y su parentesco.
- Marque con una X la razón por la cual está diligenciando la presente declaración.
- Relacione todos los ingresos y rentas obtenidos en el año inmediatamente anterior.
- Relacione todas las cuentas corrientes y de ahorro que posea en colombia y en el exterior, de forma directa o por interpuesta persona.
- Relacione todos los bienes que posee, según tipo (casa, apartamento, carro, etc.), indicando las características respectivas de cada uno de ellos y el valor comercial.
- Relacione todas las obligaciones que posee a la fecha, indicando el acreedor, el concepto y el valor.

1.2 Participación en juntas y sociedades:

- Relacione los concejos directivos y las juntas a que pertenece.
- Relacione las corporaciones, sociedades o asociaciones en las que tiene participación como socio, propietario o empleado.
- Marque con una X la casilla correspondiente a si posee o no sociedad conyugal o de hecho vigente, indicando el nombre y el documento de identidad del cónyuge o compañero permanente.

2. Información sobre Actividades Económicas Privadas:

Incluya en este cuadro la información de todas las actividades económicas privadas que le generan ingresos adicionales a los obtenidos en el sector público, indicando las características de dichas actividades y la forma en que se beneficia de ellas.

3. Firma del Servidor Público:

Con la firma, manifiesta usted bajo la gravedad del juramento que los datos consignados en el presente formulario son veraces.

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ BERERENICE HERRERA SANTOS

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 20475766 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : BOGOTA

DIRECCIÓN CRA 4B #49-05 | TELÉFONOS 3135426937

MUNICIPIO BOGOTA | DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | PAÍS COLOMBIA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
OMAR YESID BARBOSA HERRERA	80748325	HIJO
EDUARD HAIRD BARBOSA HERRERA	1023867945	HIJO
YASBLEIDY ALEXANDRA PACHECO HERRERA	1033769101	HIJA
TATIANA VALENTINA PACHECHO HERRERA	1031183607	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [X], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA

Bogotá D.C

Señores:

La escuela de Auxiliares de Enfermería del Centro de Capacitación Unisalud

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Luz Berencie Herrera Santos 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 de Enfermería

Cordialmente;



Firma

No. de documento: 20475766

Tarjeta profesional No: AE/9093

Dirección de contacto: luz-herrerasantos@gmail.com

Teléfono: 3135426937

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

20475766	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

LUZ	BERENICE	HERRERA	SANTOS
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

17/08/1964	CHIPAQUE CUNDINAMARCA	CRA 4B$49-05	5681612
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

CAPITAL SALUD	PORVEENIR	1,500,000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

LUZ-HERRERASANTOS@GMAIL.COM	3135426937
Correo Electrónico	Celular

	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

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 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:	2018-08-30	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
HERRERA	SANTOS	LUZ	BERENICE		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	20475766	CHIPAQUE	1983-02-25
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1964-08-17	CHIPAQUE	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	Hija	4	3135426937

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO X	CUAL: Auxilias de enfermería	Auxiliar de enfermería

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 4B #49-05	BOGOTA D.C	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	5681612

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
LUZ-HERRERASANTOS@HOTMAIL.COM		PROPIA ☐	FAMILIAR X	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☐		SI ☐		SI ☐	Digitar el codigo del rut
		NO X		NO X		NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA: ☐

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

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 DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MUÑOZ		JOSE	RODOLFO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	COMPAÑERO DE TRABAJO	3156192456

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	1,30635E+11		

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ CUAL:

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

Digite su profesión

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 destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, 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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 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 prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

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

Colombia Compra Eficiente

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Luz Berenice Herrera Santos, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 30 del mes de agosto de 2018



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Luz Berenice Herrera Santos

Documento de Identidad: 20475766

Tel. (+57 1) 795 6600 • Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 17 • Bogotá - Colombia
www.colombiacompra.gov.co

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el “Manual de Proveedores para el uso del SECOP II”.

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
85000000	Prestador del servició de salud en el área de auxiliar de enfermería	01/12/2010	31/082016	1.475.000	Singular	Publico	Hospital tunal MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
85000000	Prestador del servició de salud en el área de auxiliar de enfermería	12/02/2002	19/06/2009	590.000	Singular	Publico	Hospital Rafael Uribe Uribe Servicios y asesorías S:A JORGE RUGE
85000000	Prestador del servició de salud en el área de auxiliar de enfermería	11/02/1995	30/08/1999	797.000	Singular	Privado	Seguro social MARIA ANTONIETA VASQUEZ FAJARDO

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 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:	2018-08-30	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
HERRERA	SANTOS	LUZ	BERENICE		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	20475766	CHIPAQUE	1983-02-25
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1964-08-17	CHIPAQUE	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	Hija	4	3135426937

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO X	CUAL: Auxilias de enfermería	Auxiliar de enfermería

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 4B #49-05	BOGOTA D.C	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	5681612

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
LUZ-HERRERASANTOS@HOTMAIL.COM		PROPIA ☐	FAMILIAR X	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☐		SI ☐		SI ☐	Digitar el codigo del rut
		NO X		NO X		NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA: ☐

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

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 DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MUÑOZ		JOSE	RODOLFO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	COMPAÑERO DE TRABAJO	3156192456

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	1,30635E+11		

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ CUAL:

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

Digite su profesión

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 destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, 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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 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 prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

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

Secretaria 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 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:	2018-09-03	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
HERRERA	SANTOS	LUZ	BERENICE		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	20475766	BOGOTÁ	1983-02-25
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
17/09/1984	CHIPAQUE	COLOMBIA	COLOMBIA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	1	4	3135426937

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	CUAL: AUXILAR DE ENFERMERIA	Auxiliar en Enfermería.

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CR 4B No 49-05 sur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	5681612

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
luz-herrerasantos@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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 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

ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA [X] EMPLEADO SOCIO ☐	HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐		PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA..... ☐		CUAL:	Auxiliar de enfermeria		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**	**SI** ☐ **NO** [X]	**IVA**	**SI** ☐	**NO** [X]	**CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA**	*Digitar el codigo del rut*	8692	
			ICA	**SI** ☐	**NO** [X]	**PRINCIPAL:** [X]	**SECUNDARIA:** ☐		
GRAN CONTRIBUYENTE	**SI** ☐ **NO** [X]	**AGENTE RETENEDOR**			**SI** ☐ **NO** [X]	**AGENTE AUTORETENEDOR**		**SI** ☐ **NO** [X]	

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 DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MUÑOZ		JOSE	RODOLFO
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	COMPAÑERO DE TRABAJO	3156192456

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	1,30635E+11		

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

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

Digite su profesión

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 destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, 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.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la 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 capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

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

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

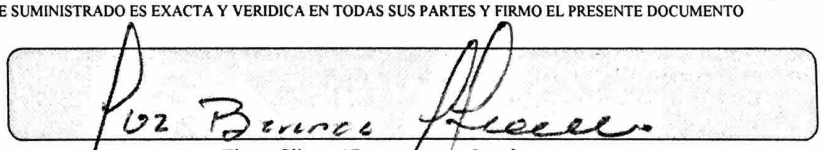
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, 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.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

20475766	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

LUZ	BERENICE	HERRERA	SANTOS
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

17/08/1964	CHIPAQUE CUNDINAMARCA	CRA 4B$49-05	5681612
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

CAPITAL SALUD	PORVEENIR	1,500,000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

LUZ-HERRERASANTOS@GMAIL.COM	3135426937
Correo Electrónico	Celular

	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

00423 28 FEB. 1995

RESOLUCION NUMERO DE

"Por la cual se registra e inscribe un titulo"

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

CONSIDERANDO :

Que HERRERA SANTOS LUZ BERENICE identificado con la cedula de ciudadania numero 20475766 expedida en CHIPAQUE - CUND, solicita el registro de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA

que le otorgo EL CENTRO DE CAPACITACION UNISALUD el 12/16/1994 e inscripcion para ejercer su profesion en el territorio de Santafe de Bogota D.C.

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

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO - Registrar el CER[illegible]
S LUZ BERENICE identificado con la Cedu[illegible]
20475766 expedida en CHIPAQUE - CUND para ejercer la profesion de _____
AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO - Inscribir a HERRERA SANTOS LUZ BERENICE , para ejercer su profesion en Santafe de Bogota, D.C.

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

NOTIFIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE 28 FEB. 1995
Dada en Santa Fe de Bogota, D.C. a los

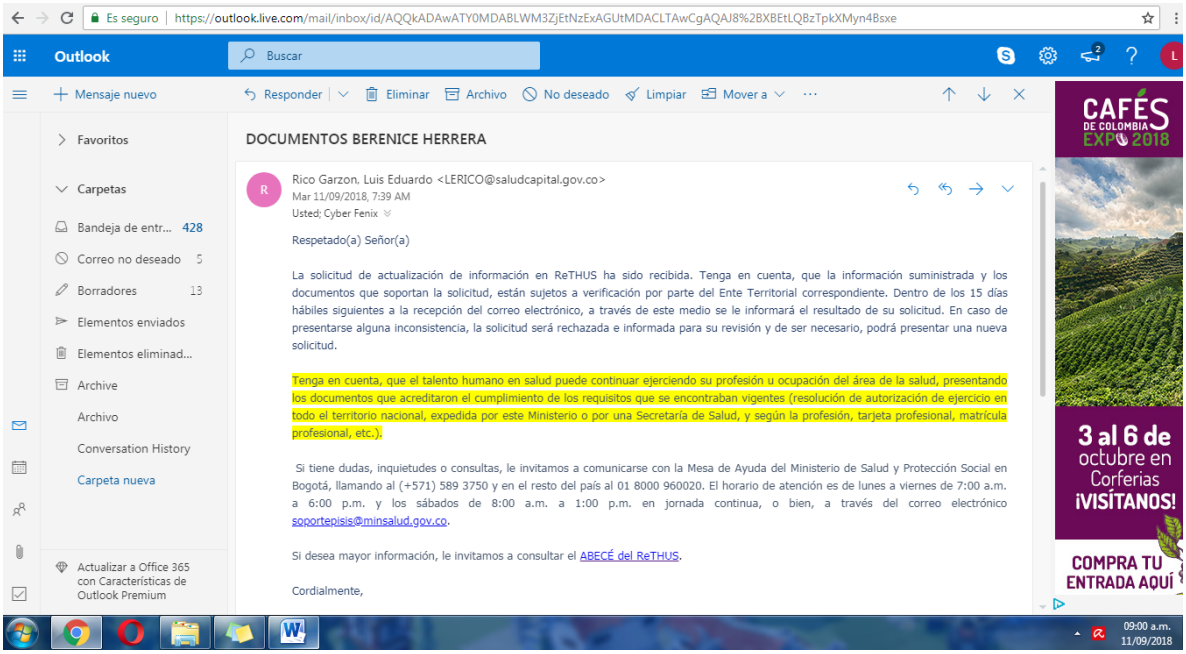
ORIGINAL FIRMADO POR:
Luis Gerardo Martinez Moreno

LUIS GERARDO MARTINEZ MORENO
Secretario Distrital de Salud

ORIGINAL FIRMADO POR:
FERNANDO FLOREZ ESPINOSA

FERNANDO FLOREZ ESPINOSA.
Subsecretario General

Scanned by CamScanner


Es seguro | https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQQkADAwATY0MDABLWM3ZjEtNzExAGUtMDACLTAwCgAQAJ8%2BXBEtLQBzTpkXMyn4Bsxe
Outlook
Buscar
Mensaje nuevo
Responder
Eliminar
Archivo
No deseado
Limpiar
Mover a
Favoritos
Carpetas
Bandeja de entr... 428
Correo no deseado 5
Borradores 13
Elementos enviados
Elementos eliminad...
Archive
Archivo
Conversation History
Carpeta nueva
Actualizar a Office 365 con Características de Outlook Premium
DOCUMENTOS BERENICE HERRERA
Rico Garzon, Luis Eduardo <LERICO@saludcapital.gov.co>
Mar 11/09/2018, 7:39 AM
Usted; Cyber Fenix
Respetado(a) Señor(a)
La solicitud de actualización de información en ReTHUS ha sido recibida. Tenga en cuenta, que la información suministrada y los documentos que soportan la solicitud, están sujetos a verificación por parte del Ente Territorial correspondiente. Dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción del correo electrónico, a través de este medio se le informará el resultado de su solicitud. En caso de presentarse alguna inconsistencia, la solicitud será rechazada e informada para su revisión y de ser necesario, podrá presentar una nueva solicitud.
Tenga en cuenta, que el talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.).
Si tiene dudas, inquietudes o consultas, le invitamos a comunicarse con la Mesa de Ayuda del Ministerio de Salud y Protección Social en Bogotá, llamando al (+571) 589 3750 y en el resto del país al 01 8000 960020. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua, o bien, a través del correo electrónico soportepisis@minsalud.gov.co.
Si desea mayor información, le invitamos a consultar el ABECÉ del ReTHUS.
Cordialmente,
CAFÉS DE COLOMBIA EXPO 2018
3 al 6 de octubre en Corferias ¡VISÍTANOS!
COMPRA TU ENTRADA AQUÍ
09:00 a.m.
11/09/2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a Servisalud ocupacional IPS., a realizar en mí, el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.,** me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclinico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verídicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma: [signature]

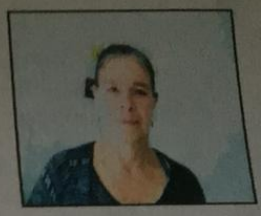
Nombre: Luz Bibiana Herrera

CC No. cc 20475766 de chiquinquirá



SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S.

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 18-sep-2018 **HORA** 11:07:33
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Luz Berenice Herrera Santos
Edad 54 años 1 mes 1 dia
Documento de Identificación: CC Número: 20475766
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO :

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones 1/Siempre utilizar los elementos de protección personal que se requieran para la labor que va a ejercer: tapabocas, guantes y bata 2/ Conocer y aplicar adecuadamente los protocolos de bioseguridad. 3/Realizar cambi de posición frecuentemente en el puesto de trabajo. 4/Implementar en el puesto de trabajo el programa de pausas activas con el fin de disminuir el estrés, la fatiga y el cansancio originados por los movimientos repetitivos y posiciones prolongada 5/Lavado correcto de las manos *Capacitar en riesgo biologico. AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS: -MEDICO: NORMAL. -OSTEOMUSCULAR: NORMAL -REMISION A EPS?: NO

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Aptitud Especifica:

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

Tipo de Restriciones:

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

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir so su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta "
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Fabian S. Ramirez T.
Medico y Cirujano
Especialista en Medicina Ocupacional
y Riesgos Laborales - RM Ser 202170

Firma
FABIAN RAMIREZ TORRES MD
C.C. 1013590019

Nombre: FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORRES

M. Lic.SO: 25-5205

Trabajador

Firma Luz Berenice Herrera S.

Nombre: Luz Berenice Herrera Santos

CC N° 20475766

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES AL POS
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Radicado No.

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formato)

Distribución gratuita prohibida su venta

compensar | sa 20475766

I. Tipo de Trámite

A. Afiliación

1. Tipo de Afiliación: Individual ✓ Colectiva
2. Clase de Afiliación: Nuevo ✓ Reingreso Reintegro Traslado
3. Tipo de vinculación: 05

B. Novedad

Tipo de novedad: Cot ✓ Ben.

0. Fecha de radicación
4. EPS anterior: Colpatria
5. Código EPS anterior: 015
6. Fecha afiliación SGSSS

II. Datos Cotizante

7. Nombres y apellidos completos									
Luz	Berenice	Herrera	Santos						
8. TD	9. No. de identificación	10. Fecha de nacimiento	11. Nivel educativo	12. Sexo	13. Estado civil	14. Tipo de discapacidad	15. Nombre IPS	16. Código IPS
	20475766	19640817		F	Soltera	Ninguna		

17. Dirección de residencia	18. Barrio	19. Zona
Cra 4B N 49A-05 Sur	Diana Turbay	18

20. Ciudad/Municipio	21. Cód. Ciudad/Municipio	22. Departamento	23. Teléfono	24. Celular
Bogota	11001	Cundinamarca	5676029	3135426 93

25. PAC MP PO

26. Correo electrónico

C. Código de noved

III. Información de beneficiarios

Beneficiario	27. TD	28. No. de identificación	29. Nombres y apellidos completos: Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	30. Sexo	31. Parentesco	32. Fecha de nacimiento: Año	Mes	Día	33. Nivel educativo	34. EPS anterior	35. Cód EPS anterior	36. UPC	37. Tipo discapacid	38.
B1		991218 00256	tatiana	Valentina	Pacheco	Herrera	F	H	1999	12	18		Colpatria				
B2		99092804531	Alexandra		Pacheco	Herrera	F	H	1994	09	28		Colpatria				
B3																	
B4																	

Beneficiario	38. Dirección de residencia	39. Barrio	40. Zona	41. Teléfono	42. Ciudad/Municipio	43. Departamento	44. Nombre IPS	45. Cód. IPS	PAC	MP	PO	46. Entidad
B1												
B2												
B3												
B4												

IV. Información para beneficiarios UPC adicional

47. UPC adicional: Número de benef.	Fecha inicio UPC	Valor mensual de la UPC	48. UPC adicional: Número de benef.	Fecha inicio UPC	Valor mensual de la UPC

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora

49. TD	50. No. de identificación	51. DV	52. Nombre o razón social	53. Dependencia	54. Centro de costos

55. ARP	56. AFP	57. Dirección empresa	58. Ciudad empresa	59. Teléfono empresa

60. Fecha ingreso a la empresa	61. Tipo salario	62. Cargo	63. Cód. cargo	64. Ingreso base cotización o mesada pensional	65. Número afiliación al ISS (Diligencie sólo para pensionados ISS)

VI. Información exclusiva trabajador independiente o contratista

66. Vivienda	67. Grupo poblacional	68. Último año aprobado	69. Posición ocupacional	70. Tamaño empresa	71. Productor agropecuario	72. Actividad económica	73. Dirección de lugar de trabajo

74. Ciudad/Municipio	75. Cód. Ciudad/municipio	76. Departamento	77. Teléfono	78. AFP	79. ARP
Bogota	11001	Cundinamarca	5676029	Horizonte	Liberty

80. Ingreso base de cotización	81. Cotización	82. Información exclusiva contratista	Inicio contrato	Fin contrato
$ 515000	$ 64400			

VII. Declaraciones juramentadas (diligencie sólo para hijos mayores de 18 años, cónyuge y compañero(a) permanente)

Dependencia económica: Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) beneficiario(s) reportado(s) depende(n) económicamente de mí. Decreto 1703, Art. 3, Item 2.

Convivencia: Bajo la gravedad de juramento declaro que convivo hace meses con el (la) Sr (a) identificado(a) con número expedida en

X Luz Berenice Herrera

Firma cotizante | Firma cotizante | No. Documento

No. Documento | Firma del compañero(a) permanente | No. Documento | Huella cotizante | Huella compañero(a)

VIII. Observaciones y Anexos

83. Observaciones

85. Documentación

	AG	CA	CC	CE	CN	CP	DJ	DP	EC	FP	HC	ML	MP	PA	RC	RM	RP	RS	SD
CT																			
B1																			
B2																			

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 115137216

WEB
22:10:17

Bogotá DC, 09 de septiembre 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) LUZ BERENICE HERRERA SANTOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20475766:

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

DIANA PATRICIA SALCEDO GIRALDO
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 09 de septiembre de 2018, a las 22:13:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	20475766
Código de Verificación	20475766180909221317

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2432062

Bogotá D.C., 9 de Septiembre de 2018 - 22:12 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) **LUZ BERENICE HERRERA SANTOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS** de CHIPAQUE

20475766

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 9_BLXU2_1122
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

1609956

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

2015/01/29

BOGOTA
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora LUZ BERENICE HERRERA SANTOS
con Cédula de Ciudadanía número 20475766
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	004870336478
Fecha Apertura	2011/01/13

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0048 - OFICINA CIUDAD TUNAL

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Scanned by CamScanner