



Buscar por proceso Menú ▼

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones CATHERINE MARIÑO ANGARITA,

CATHERINE MARIÑO ANGARITA con el NIT 1020757826 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 >](#)



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Marino</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Angarita</u>	NOMBRES <u>Catherine</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1020757826</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>23</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1990</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> MUNICIPIO <u>Bogotá D.C.</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>KR 8C 188 95 TO 1 AP 1603</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO _____ MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3006467746</u> EMAIL <u>Kta.angarita.cma@gmail.com</u>

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: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>12</u>	AÑO <u>2007</u>

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		Psicóloga	8	2016	163698
ES		X		Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo	2	2017	15183

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

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
Subred Integrada de Servicios de Salud Total Oriente	X		Colombia.
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá	Bogotá	vivienbe@subredtotaloriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3444484	DÍA 09 MES 09 AÑO 2016	DÍA 31 MES 03 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicóloga	Espacio Vivienda	KB5 33A 45	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad y Carcelario de Alta Seguridad de Combita	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Boyacá	Combita	direccion.combita@mpc.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3212576590	DÍA 01 MES 08 AÑO 2015	DÍA 30 MES 11 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Practicante Psicología Social Comunitaria	Atención y Tratamiento	Km 17 vía Tunja - Paipa	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Grupo de Incorporación Boyacá de la Policía Nacional	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Boyacá	Tunja	detoy.gimco@policia.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
314 3114364	DÍA 01 MES 04 AÑO 2015	DÍA 30 MES 06 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Practicante Intervención psicológica	Grupo de Incorporación Boyacá	KB 11 19 85 Tunja	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	1

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, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 26 de Marzo de 2018

Estherne Marino A.
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



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, CATHERINE MARINO ANGARITA

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 1020757826 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN KB 8C 188 95 TO 1 AP 1603 TELÉFONOS 3006467746

MUNICIPIO BOGOTÁ DEPARTAMENTO BOGOTÁ PAÍS COLOMBIA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
EMMA DEL CARMEN ANGARITA TIBADITZA	23 809 265	MADRE
LEONARDO MARINO GALLO	80 408 059	PADRE

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 ☐, 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	31.206.666.
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	31.206.666.

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
BANCOLOMBIA	AHORRO	204-6648973-29	BOGOTÁ	200.000
DAVIVIENDA	AHORRO	008400755388	BOGOTÁ	200.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES Y ENSERES	MUEBLES ALCOBA - MUEBLES COMEDOR	1.800.000.

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 CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

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

Estherne Mariño A.
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá, 26 Marzo de 2018.
CIUDAD Y FECHA



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA	
Recibíase este Título para efectos de archivo	
Fecha:	16 SEP 2016
Resolución No.	16 SEP 2016
Ciudad	
Firma:	Secretario

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Creada mediante Decreto 2655 de 1953 y Ley 73 de 1962

Teniendo en cuenta que:

Catherine Marín Angarita

C. C. N° 1.020.757.826 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos exigidos, le confiere el título de

Psicóloga

En testimonio de ello, otorga el presente DIPLOMA

en Tunja, a los 10 días del mes de agosto de 2016

Admisiones y Control
de Registro Académico
Diploma No. **098325**
Libro de Registro No. **52**

Folio No. **208**
Fecha **10-08-2016**

Rector

Secretario General

Decano

Coordinador



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Creada mediante Decreto 2655 de 1953 y Ley 73 de 1962

Teniendo en cuenta que:

Catherine Mariño Angarita

C. C. N° 1.020.757.826 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos exigidos, le confiere el título de

Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

En testimonio de ello, otorga el presente DIPLOMA

en Tunja, a los 23 días del mes de febrero de 2017

Rector

Secretario General

Decano

Admisiones y Control
de Registro Académico
Diploma No. **101674**
Libro de Registro No. **53**
Folio No. **153**
Fecha **23-02-2017**

Coordinador

COPIA DE ACTA DE GRADO

De: MARIÑO ANGARITA CATHERINE

ACTA DE GRADO No. CS 95. En la ciudad de Tunja, Departamento de Boyacá, República de Colombia, a los 10 días de Agosto de 2016, el Rector de la UPTC, el Secretario General, el Decano y el Secretario de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, teniendo en cuenta que el(la) estudiante MARIÑO ANGARITA CATHERINE identificado con C.C No. 1020757826 expedida en BOGOTÁ DC, ha cursado y aprobado, con la intensidad y extensión requeridas, los estudios de la carrera profesional, cumpliendo con el requisito de grado estatutario (Curso Posgrado con nota Sobresaliente), para obtener el Título profesional de:

PSICOLOGA

De conformidad con la Resolución Rectoral de Grado No. **3809** de fecha 10 de Agosto de 2016 y en concordancia con la Ley 30 de 1992, esta Universidad, en nombre de la República de Colombia por autorización del Ministerio de Educación, le confiere el título mencionado y lo declara idóneo para ejercer su profesión; en testimonio de ello, se autoriza la expedición del correspondiente Diploma, el cual queda registrado en el Libro 52, Folio 208 del 10 de Agosto de 2016.

En constancia se firma por quienes intervinieron en esta graduación.

RECTOR (Firmado)

ALFONSO LOPEZ DIAZ

SECRETARIO GENERAL (Firmado)

SULMA LILIANA MORENO GOMEZ

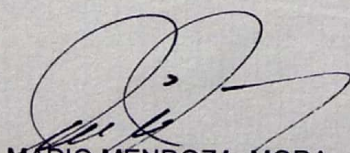
DECANO DE LA FACULTAD (Firmado)

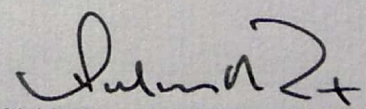
ANA YERVID RODRIGUEZ SAENZ

SECRETARIO DE LA FACULTAD (Firmado)

NELSY YANNETH AVILA MARTINEZ

Se expide en Tunja a los 10 días de Agosto de 2016


MARIO MENDOZA MORA
COORDINADOR DE ADMISIONES Y CONTROL
DE REGISTRO ACADÉMICO


SULMA LILIANA MORENO GOMEZ
SECRETARIO GENERAL



Uptc
Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
"vigilada Mineducación"

COPIA DE ACTA DE GRADO

De: **MARIÑO ANGARITA CATHERINE**

ACTA DE GRADO No. SOG 241. En la ciudad de Tunja, Departamento de Boyacá, República de Colombia, a los 23 días de Febrero de 2017, el Rector de la UPTC, el Secretario General, el Decano y el Secretario de la FACULTAD DE SECCIONAL SOGAMOSO, teniendo en cuenta que el(la) estudiante MARIÑO ANGARITA CATHERINE identificado con C.C No. 1020757826 expedida en BOGOTÁ D.C., ha cursado y aprobado, con la intensidad y extensión requeridas, los estudios de la carrera especialización, cumpliendo con el requisito de grado estatutario (), para obtener el Título especialista de:

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

3252

De conformidad con la Resolución Rectoral de Grado No. de fecha 23 de Febrero de 2017 y en concordancia con la Ley 30 de 1992, esta Universidad, en nombre de la República de Colombia por autorización del Ministerio de Educación, le confiere el título mencionado, en testimonio de ello, se autoriza la expedición del correspondiente Diploma, el cual queda registrado en el Libro 53, Folio 153 del 23 de Febrero de 2017.

En constancia se firma por quienes intervinieron en esta graduación.

RECTOR (Firmado)

ALFONSO LOPEZ DIAZ

SECRETARIO GENERAL (Firmado)

SULMA LILIANA MORENO GOMEZ

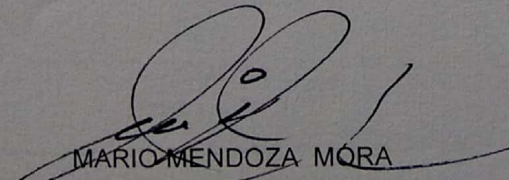
DECANO DE LA FACULTAD (Firmado)

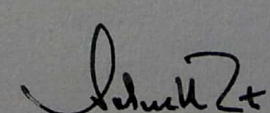
LUIS ALEJANDRO FONSECA PAEZ

SECRETARIO DE LA FACULTAD (Firmado)

PAOLA ANDREA CHINOME BECERRA

Se expide en Tunja a los 23 días de Febrero de 2017


MARIO MENDOZA MORA
JEFE DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y
CONTROL DE REGISTRO ACADÉMICO


SULMA LILIANA MORENO GOMEZ
SECRETARIO GENERAL

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
DE ALTA CALIDAD
MULTICAMPUS
RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN

Avenida Central del Norte
PBX 7405626 Tunja





Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CATHERINE MARIÑO ANGARITA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.020.757.826

Cursó y aprobó la acción de Formación

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Sogamoso, a los cuatro (4) días del mes de agosto de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
Subdirector
CENTRO MINERO
REGIONAL BOYACÁ

38014699 - 04/08/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9111001239259CC1020757826C.

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Eatherine Merino Angarita. 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:

Psicóloga
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Eatherine Merino A.

No. de documento:

1020757826.

Tarjeta profesional No:

163698

Dirección de contacto:

KB 8C 188 95

Teléfono:

3006467746

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Catherine Mermat Angarita 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:

Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Catherine Mermat.

No. de documento: 1020757826

Tarjeta profesional No: 15183.

Dirección de contacto: KB 8C 188 95.

Teléfono: 3006467746.

**EL AREA DE TRATAMIENTO Y DESARROLLO DEL ESTABLECIMIENTO
PENITENCIARIO DE ALTA Y MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE ALTA
SEGURIDAD DE COMBITA**

CERTIFICA:

Que en cumplimiento con el convenio existente entre la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – UPTC y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC en el marco de las prácticas profesionales en el área de Psicología, que el estudiante Catherine Mariño Angarita identificada con cedula No. 1.020.757.826 de Bogotá – Cundinamarca, dio cumplimiento a cabalidad a las funciones propuestas para el ejercicio profesional como practicante, a través del proyecto “Psicología Social Comunitaria” el cual se orientó y puso en marcha en el Establecimiento de alta y mediana seguridad a través del área de Atención y tratamiento.

En virtud a lo anterior y teniendo en cuenta el proyecto base de dicho proceso de prácticas profesionales, certificamos que al estudiante en mención, proporciono a través del ejercicio profesional, una intervención en los temas encontrados de las necesidades al cuerpo de custodia y vigilancia que labora dentro del Establecimiento propendiendo por la identificación de las variables que generan malestar dentro del ejercicio de su labor.

Teniendo en cuenta el compromiso adquirido por parte de la Institución frente al proceso educativo de los estudiantes vinculados al convenio de prácticas profesionales, nos permitimos reiterar la invitación a continuar vinculados y comprometidos con el avance en el ejercicio de la Psicología en el Sistema Penitenciario y carcelario de nuestro país, y con el avance y generación de espacios tendientes a un proceso de equilibrio laboral.

Sea esta la oportunidad para agradecer la activa participación de la Institución Educativa a través de la Facultad de Psicología, en este arduo pero gratificante camino hacia el garantizar la dignidad de la población privada de la libertad.

Dada en Combita a los 1 días del mes de Diciembre de 2015 a solicitud del interesado.

En constancia firma,

Dr. JORGE ALBERTO CONTRERAS GUERRERO
DIRECTOR EPAMSCASCO

Elaboro: Dg. Adriana Hernández Pineda
Psicóloga A/S
Fecha: 01/12/2015

Kilometro 17 vía Tunja – Paipa
Teléfono: (098) 7310334 - 7310332 Alta - 7310347 Mediana
direccion.combita@inpec.gov.co

Página ____ de ____



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE INCORPORACION

PROSPERIDAD
PARA TODOS



MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

LA SUSCRITA RESPONSABLE DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL GRUPO DE INCORPORACIÓN BOYACÁ

HACE CONSTAR

Que la señora **CATHERINE MARIÑO ANGARITA**, identificada con cédula de ciudadanía 1.020.757. de Bogotá (D.C.), realizó su práctica de intervención psicológica con énfasis en psicología organizacional, con una intensidad de 20 horas semanales durante once semanas del primer semestre académico del presente año, dentro del convenio interinstitucional celebrado entre el Departamento de Policía Boyacá-Grupo de Incorporación Boyacá y la Escuela de Psicología de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Durante esta práctica la estudiante realizó actividades relacionadas con la valoración psicológica regulada por la resolución 03546 de septiembre de 2012, demostrando a través de su práctica un alto sentido de responsabilidad, compromiso y apoyo constante a las actividades designadas, cumpliendo con los objetivos preestablecidos en el plan de trabajo entregando informe de resultados y documentos de consulta facilitados para el desarrollo de la práctica, quedando a Paz y Salvo con el Grupo de Incorporación Boyacá.

Dado en Tunja a los 09 días del mes de Julio de 2015 a solicitud de la estudiante

Atentamente,

Psicóloga **MARIA ROSVITA LOPEZ RODRIGUEZ**
Responsable valoración psicológica
Grupo de Incorporación Boyacá

Expedido por: Ps. María Rosvita López Rodríguez
Revisado por: Ps. María Rosvita López Rodríguez
Fecha expedición: 09/07/2015
Versión: 01 Documento Generado 2015/07

Carrera 11 No. 19-85 Tunja
Teléfonos 7424678
contacto@policia.gov.co
www.policia.gov.co





LA DIRECTORA DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **CATHERINE MARIÑO ANGARITA**, identificada con CC. N° 1.020.757.826, presta sus servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

N° Contrato	Fecha inicio	Fecha Terminación	Valor Contrato
02-PS-1249-2016	05/09/2016	23/03/2017	\$ 15.916.667
PS-3881-2017	17/04/2017	30/08/2017	\$ 12.506.667

OBJETO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 27 de junio de 2017

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 288 05 19 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ

Directora Contratación

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

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

Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico Administrativo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.020.757.826

MARIÑO ANGARITA

APELLIDOS

CATHERINE

NOMBRES

Estheire

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

12-DIC-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00153982-F-1020757826-20090406

0010562608A 1

28705333

19

 DIAN <small>Departamento de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUSCA <small>Modelo Único de Inscripción, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN 		4. Número de formulario 14463642355  <small>(N15770121245539450107) 0000014463642355</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 0 7 5 7 8 2 6 - 1		6. DV: 1 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico: 3 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida ☒ 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía ☒ 1 3	
26. Número de identificación: 1 0 2 0 7 5 7 8 2 6		27. Fecha expedición: 2 0 0 8 1 2 1 2	
28. País: COLOMBIA ☒ 1 6 9		29. Departamento: Bogotá D.C. ☒ 1 1	
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. ☒ 0 0 1			
31. Primer apellido: MARINO		32. Segundo apellido: ANGARITA	
33. Primer nombre: CATHERINE		34. Otros nombres:	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA ☒ 1 6 9		39. Departamento: Bogotá D.C. ☒ 1 1	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. ☒ 0 0 1			
41. Dirección principal: CR 8 C 188 95 TO 1 AP 1603			
42. Correo electrónico: catherine.marino@uptc.edu.co		43. Código postal: 44. Teléfono 1: 3 0 0 6 4 6 7 7 4 6	
		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION			
Actividad económica principal: 46. Código: 8 6 9 2		Actividad económica secundaria: 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 6 0 9 1 3	
48. Código: 49. Fecha inicio actividad:		50. Código: 1 2	
51. Código: 2 4 4 5		52. Número establecimientos: 	
Responsabilidades, Calidades y Atributos 53. Código: 2 0 20- Obtención NIT			
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: 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 3 2 6			
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: MARINO ANGARITA CATHERINE 985. Cargo: CONTRIBUYENTE	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 12-12-2016

Hora: 1:30:52 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 1020757826 CATHERINE MARIÑO ANGARITA

Información

Dirección CR 8 C 188 95 TO 1 AP 1603

Teléfonos 3006467746

Dirección catherine.marino@uptc.edu.co

Fax

Información de

Fecha Inscripción 12/12/2016

Soporte Inscripción 21811716

Fecha Inicio Actividades 13/09/2016

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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



República de Colombia
Colegio Colombiano de Psicólogos

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090 de 2006

No. 163698

CATHERINE MARIÑO ANGARITA

C.C. 1.020.757.826



Expedida: 2016-08-24

14

Esta tarjeta profesional es personal e intransferible y
acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad
con los Artículos 6 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es
requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

Si esta tarjeta es encontrada, agradecemos enviarla al
Colegio Colombiano de Psicólogos.

Presidente

www.colpsic.org.co



RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN

FORMATO

VERSIÓN: 0

CÓDIGO: SS-P12-#1

FECHA: 01/07/2001

RESOLUCIÓN NUMERO 1628 DE 16 SEP 2016

Por la cual se registra un Título y se confiere una autorización.
La Secretaría de Salud de Boyacá en uso de sus facultades legales y
en especial las conferidas en los Decretos 1875 de 1994 y 1352 de 2000

CONSIDERANDO:

Que CATHERINE MARIÑO ANGARITA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 102075726 expedida en BOGOTÁ D.C., ha solicitado el registro de su título como PSICOLOGA que le otorgó la UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA - UPTC de la ciudad de TUNJA el día 10/08/2016.

Que dicho título se encuentra registrado en la UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA - UPTC, Libro de Registro N°52, Folio N°208, Registro No NO REGISTRA, Diploma N°098325.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Título y autorizar el ejercicio de la profesión de PSICOLOGA a CATHERINE MARIÑO ANGARITA con Cédula de Ciudadanía número 1020757826 expedida en BOGOTÁ D.C. en el Territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Boyacá.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los 16 SEP 2016

GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.

Elaboro: Sandra Ulloa Delgado.

Secretaría de Salud de Boyacá
Avenida Colon N° 22A - 16
<http://www.boyaca.gov.co>

Dirección de Prestación de Servicios
Tel: 7420111 - 7420013, Ext. 4123
Correo: direccion.prestacionsalud@boyaca.gov.co





SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES

Sistema Integral de Información de la Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social

[Iniciar Sesión](#)[Registrarse](#)[Mesa de Ayuda](#)

ReTHUS

A continuación se presenta la información de su registro en ReTHUS.

Datos Personales y de identificación:

Tipo de Identificación : CC

Número de Identificación : 1020757826

Primer Apellido: MARIÑO

Segundo Apellido: ANGARITA

Primer Nombre: CATHERINE

SegundoNombre:

Datos académicos y de autorización:

Profesión u Ocupación : PSICOLOGIA

Tipo programa: UNV

Origen obtención título: Local

Fecha desde que puede ejercer: 9/16/2016

Ultima entidad en actualizar la información : GOBERNACION DE BOYACA

No reporta sanciones ético disciplinarias impuestas por los tribunales de las respectivas profesiones.



LABORATORIO CLINICO MEDICO

COLCAN

Página 1 de 1



12122790

Nombre. **MARIÑO NAGARITA CATHERINE**
Identificación **CC 1020757826** Tel.
Edad **26 Años 0 Meses 0 Días** Sexo **F**
Médico **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento **105355**

Fecha de recepción **12-dic-2016 4:08 pm**
Fecha de impresión **13-dic-2016 6:45 am**
Empresa **EXAMINAR IPS**
Sede **REFERENCIA**
Fecha Validación **12-dic-2016 10:08 00p m**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE Método: Quimioluminiscencia	MAYOR DE 1000.0	mUI/ml	

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml

Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

LUISA PERNANDA VÁSQUEZ CHAVES
CC 1.019.086.252
BACTERIOLOGA

[Signature]
CARMEN ELENA RUIZ SARMIENTO
C.C. 1.042.998.110
BACTERIOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 12-dic-2016 **HORA** 11:09:29
EMPRESA Secretaría Distrital De Salud
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Catherine Mariño Angarita
Edad 26 años 20 días
Documento de Identificación: CC Número: 1020757826
Cargo PSICOLOGA



RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES
----------	-------	-----------	---------------

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular, hábitos posturales adecuados, hábitos de saludable, Bajar de peso, dieta ejercicio.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:

OSTEOMUSCULAR: Normal

REMISION A EPS?: NO

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO

Aptitud Especifica:

Tipo de Restricciones:

☐ vehículos pesados	☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas	☐ Subir y bajar escaleras
☐ Equipos móviles de superficie	☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas	☐ Moviminetos repetitivos
☐ Manejo de sustancias peligrosas	☐ Ruido por encima de 85 db	☐ Vibración
☐ Manejo de materiales fundidos	☐ Trabajos por turnos	☐ Manipulación de cargas
☐ Guardas de equipos	☐ Exposición a la luz solar directa	☐ Tareas de agarre
☐ Aislamiento y/o inmersión	☐ Exposición a material particulado y/o gases	☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
☐ Trabajos de altura	☐ Exposición a radiación ionizante	☐ Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente
☐ Operaciones de levante y manipulación de carga	☐ Trabajos en espacios confinados	☐ Manipulación de alimentos
☐ Manipulación de alimentos	☐ Posición sedente o bípeda prolongada	

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

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

Médico

Firma

Henry Orozco Solano
Henry Orozco Solano
Med. Esp. Salud Ocup.
Reg. Med. 0866-08 - L. 10921

Nombre: HENRY OROZCO SOLANO

RM. 10921 Lic.SO:

Trabajador

Firma

Catherine Mariño Angarita

Nombre: Catherine Mariño Angarita

CC N° 1020757826



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

FECHA:	2018/03/26	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
--------	------------	---------	--------	---------------	--------------

Distiguído Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	Mario	SEGUNDO APELLIDO:	Angarita	PRIMER NOMBRE	Catherine	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1020757826	Bogotá	2008/12/12	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:		
1990/11/23	Bogotá		Colombia		Colombiana		
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASADO ☐ DIVORCADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐				0	0	300 646 7746	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐							CUAL: ☐ Psicologa.

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
488C 198 95 107 AP 1603	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
kta.angerita.cm@gmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
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 ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
			ICA	SI ☒ NO ☐	8692
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
			AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		

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	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ VICIOS ☒ LUD ☐		# NIT		9.009.590.517	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ AERONAUTICA ☐ MEDICINA ☐		OTRA ☐ CUAL: ☒					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
0634 5 43		3444484		Bogotá		Cundinamarca	
CARGO ACTUAL		Psicóloga		FECHA VINCULACION		2017/04/17	
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	
HONORARIOS		2.800.000		ARRENDOS		\$ 0	
ARRENDOS		\$ 0		CUOTA VEHICULO		\$ 0	
COMISIONES		\$ 0		CUOTA VIVIENDA		\$ 0	
OTROS INGRESOS*		\$ 0		OTROS EGRESOS*		\$ 0	
TOTAL INGRESOS		\$ 2.800.000		TOTAL EGRESOS		\$ 0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		TOTAL ACTIVOS		\$ 0	
				TOTAL PASIVOS		\$ 0	
				DESCRIPCION OTROS PASIVOS			
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Grisales		Ospina		Enliza		Yolanda	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
Club Residencial el Nogal 7013 AP1376		Pereira		Amiga		3218205206	
7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL	
PAVIVIENDA		Cuenta de ahorros		008400199388		20 de Julio	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI NO		X			
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAIS/CIUDAD	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:		IMPORT ☐ EXPORTAR ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐		CUAL:			
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS							
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":							
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):							
Psicología							
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, complementa 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, complementa o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.							
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.							
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.							
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.							
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.							

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

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

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

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

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

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

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

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

9. 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.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Catherine Marino A.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



CE-006 - 00000000100 - 2018

CERTIFICA

Que la(s) personas(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliadas(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1020757826
NOMBRES Y APELLIDOS	Mariño_angarita, Catherine_
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	28/10/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Mariño_angarita, Catherine_, a los 26 días del mes de marzo del año 2018

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yiseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CATHERINE MARIÑO ANGARITA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,020,757,826**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Marzo de 2018.

Gerente de Clientes

1020754826.

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Esterne

Primer Nombre

1

Segundo Nombre

Marino

Primer Apellido

Angelita

Segundo Apellido

23/11/1990

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

KRBE 18895 T01 AP1603.

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Sanitas.

EPS - Salud

Porvenir.

AFP - Pensiones

\$ 2.800.000.

Honorarios

Psicóloga.

Escriba su perfil técnico o profesión

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

marino.sobredcentrooriental@gmail.com

Correo Electrónico

300 646 7746.

Celular

Esterne Marino A.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 107590463



WEB

20:58:25

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de marzo 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) CATHERINE MARIÑO ANGARITA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1020757826:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORA 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 25 de marzo de 2018, a las 21:00:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1020757826
Código de Verificación	1020757826180325210053

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO





Bogotá D.C., 25 de Marzo de 2018 - 21:08 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS**

1020757826

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMIN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica (E)

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **3_I7V6_0821**

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:07:29 horas del 25/03/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1020757826**

Apellidos y Nombres: **MARIÑO ANGARITA CATHERINE**

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.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/12/12

Por medio de la presente hacemos constar que la señora CATHERINE MARINO ANGARITA
con Cédula de Ciudadanía número 1020757826
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	008400755388
Fecha Apertura	2016/09/14

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA