

| DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                        |                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| PROCESO SOLICITANTE                                                                                                                                                    | FECHA                                                               |
| NOMBRE DEL CANDIDATO                                                                                                                                                   | IDENTIFICACION                                                      |
| TELÉFONO                                                                                                                                                               | ACTIVIDAD SOLICITADA                                                |
| GLORIA YANNETH SANCHEZ                                                                                                                                                 | 52-223163                                                           |
| 315 2513618                                                                                                                                                            | AUX ENFERMERIA                                                      |
| NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO<br>(FIRMA DE LAS DOS PARTES).                              |                                                                     |
| TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO                                                                                                        |                                                                     |
| 1 NECESIDAD DE PERSONAL OPS                                                                                                                                            |                                                                     |
| 2 SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL                                                                                                              |                                                                     |
| 3 CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL                                                                                                                           |                                                                     |
| DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACION DEL CONTRATO                                                                                                                    |                                                                     |
| 1 SOPORTE INSCRIPCION SECOP II                                                                                                                                         | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 2 FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)                                                                          | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 3 DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCION PUBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 4 DIPLOMAS ACADÉMICOS                                                                                                                                                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 5 ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADÉMICO                                                                                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 6 CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES                                                                                                                      | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 7 SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCION DE CONVALIDACION DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL / ICRES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)                | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 8 FORMATO AUTORIZACION CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 9 CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA                                                                                                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 10 FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA AMPLIADA AL 150%                                                                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 11 REGISTRO UNICO TRIBUTARIO - RUT: CODIGO CIU 3692 FECHA Sep 18/2018                                                                                                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 12 REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA - RIT                                                                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 13 LIBRETA MILITAR (Hombres)                                                                                                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 14 TARJETA PROFESIONAL                                                                                                                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 15 RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal de Salud)                                                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 16 CERTIFICACION DE INSCRIPCION EN RETHUS (Personal de salud)                                                                                                          | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 17 ANTECEDENTES ETICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingeniería, Contaduría, Administración)                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 18 CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes / 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACION (reactiva) | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 19 EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 20 CARNE DE RADIOPROTECCION (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 21 CERTIFICADO SOPORTE VITAL BASICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)                                                                         | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 22 CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)                                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 23 CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)                                                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 24 LICENCIA DE CONDUCCION (Conductores)                                                                                                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 25 ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)                                                                                                         | SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 26 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 27 CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS - NOMBRE: COMPENSAR                                                                                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 28 CERTIFICADO DE AFILIACION A FONDO DE PENSION - NOMBRE: COPEPENSIONES                                                                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 29 FORMULARIO DE AFILIACION A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: S BOLIVAR                                                                                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 30 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURIA (Vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 31 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORIA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 32 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERIA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 33 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICIA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                      | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 34 CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)                                                                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| VERIFICACION REGISTRO DE INFORMACION                                                                                                                                   |                                                                     |
| V/B: Procesamiento                                                                                                                                                     | Fecha:                                                              |
| V/B: Validación                                                                                                                                                        | Fecha:                                                              |
| V/B: Control                                                                                                                                                           | Fecha:                                                              |

[illegible]

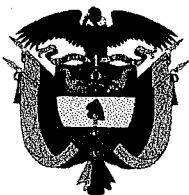
Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felices comes from Latin, meaning "happy."

glicia yanezh sánchez Peña con el Número de documento 52223123 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

[illegible]



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAPO**  
SISTEMA DE INFORMACIÓN ORIENTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-sep-2018

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>SANCHEZ                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>PEÑA                             | NOMBRES<br>GLORIA YANNETH                                                                                                                                   |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52223163 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                       |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                     |                                                                    |                                                                                                                                                             |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 17 MES JUN AÑO 1974<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CALLE 58 F 48 B 29 SUR<br>PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca<br>CIUDAD Soacha TELEFONO 7748796<br>EMAIL yanneths7@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 BACHILLER ACADÉMICO |           |     |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|----------------------------|-----------|-----|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO             |           |     |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES                        | DICIEMBRE | AÑO | 1999 |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA).

TL (TECNOLÓGICA).

TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA).

UN (UNIVERSITARIA).

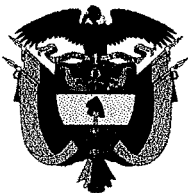
ES (ESPECIALIZACIÓN).

MG (MAESTRIA O MAGISTER).

DC (DOCTORADO O PHD).

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

| MODALIDAD | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS         | TERMINACIÓN | No. DE TARJETA |
|-----------|---------------|----------|--------------------------------|-------------|----------------|
| ACADÉMICA | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO              | MES AÑO     | PROFESIONAL    |
| TC        | 3             | X        | TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA | 12 2006     |                |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAPO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-sep-2018

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO                     |                       |                            |                       |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                     | PÚBLICA               | PRIVADA                    | PAÍS                  |
| ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS ESIMED |                       | X                          | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                          | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                       |
| Bogotá D.C.                           | Bogotá D.C.           |                            |                       |
| TELÉFONOS                             | FECHA DE INGRESO      |                            | FECHA DE RETIRO       |
| 7957155 EXT 6519                      | DÍA 1 MES 12 AÑO 2005 |                            | DÍA 16 MES 8 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO                      | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                  |                       |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA                | SALUD                 | AUTO NORTE 93 -95          |                       |

4

## TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN  | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|------------|-----------------------|-------|
|            | AÑOS                  | MESES |
| PUBLICO    | 0                     | 0     |
| PRIVADO    | 12                    | 8     |
| PARTICULAR | 0                     | 0     |
| TOTAL      | 12                    | 8     |

5

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 25 septiembre 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

## OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52223163 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Cundinamarca

Municipio Soacha

Dirección CALLE 58 F 48 B 29 SUR

Teléfonos 3152513618 7748796

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS          | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|------------------------------|------------------------|------------|
| JORDY ANDREI MAYA SANCHEZ    | 1033755670             | HIJO(A)    |
| MIGUEL ANGEL NARANJO SANCHEZ | 1014867581             | HIJO(A)    |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO                            | VALOR            |
|-------------------------------------|------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$ 14.300.000,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 150.000,00    |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 800.000,00    |
| ARRIENDOS                           | \$ 600.000,00    |
| HONORARIOS                          | \$ 1.200.000,00  |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 17.050.000,00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| DAVIVIENDA         | AHORROS        | 476170032355        | CHAPINERO         | \$ 0,00            |
| BANCO DE BOGOTA    | AHORROS        | 380013086           | ISERRA 100        | \$ 600.000,00      |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN      | VALOR            |
|--------------|------------------------------|------------------|
| APARTAMENTO  | CRA 49 N° 58-29 SUR APTO 201 | \$ 90.000.000,00 |
| CASA         | CALLE 58F SUR N° 48B 29      | \$ 95.000.000,00 |
| VEHICULO     | RENAULT SYMBOL MODELO 2005   | \$ 9.000.000,00  |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|-------------------|----------|-------|



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

## FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAP**  
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-sep-2018

FONDO NACIONAL DEL

CREDITO DE VIVIENDA

\$ 75.000.000,00

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

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

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

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

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

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

| NOMBRES Y APELLIDOS     | TIPO DOCUMENTO                                                                              | NÚMERO DOCUMENTO |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| GUILLERMO NARANJO MEJIA | C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> | 79856470         |

### 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

### 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 25-sep-2018

CIUDAD Y FECHA



**FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA**

**Persona Natural**

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

**ENTIDAD RECEPTORA**

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

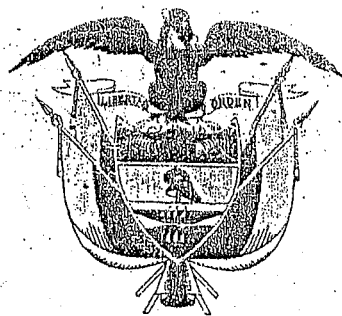
**SIDEAP**   
SISTEMA DE INFORMACIÓN DETALLADA DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-sep-2018

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



La República de Colombia  
y en su nombre

# El Centro de Educación Formal "Robert Hooke"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.  
Según Resoluciones 8586 del 4 de Diciembre de 1997 y  
2984 del 24 de Septiembre de 1999

CONFIERE A:

**Sánchez Peña Gloria Vanneth**

Identificado(a) con C.C. No. 52.223.153 de Sté Rita

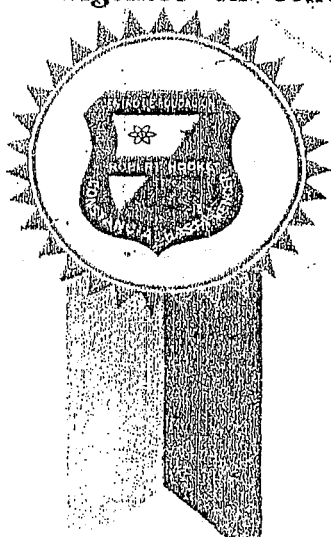
El título de

**Bachiller Académico**

Con Énfasis en

**Desarrollo Humano e Informática**

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



Rector

Secretaría

Pedro Pastor Cárdenas González  
C.C. No. 3.290.521 de Villavicencio

Edelma Castañeda Quintero  
C.C. No. 52.285.576 de Sta. Fe de Bogotá

Registro Interno: Libro 1 Acta General No. 05

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a los 08 días del mes de Diciembre de 1999



La República de Colombia  
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

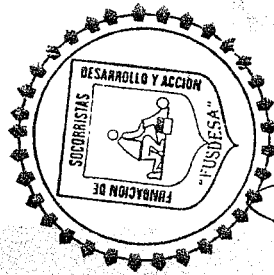
Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 de Febrero de 1999  
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999  
emanada de la Secretaría de educación de Santafé de Bogotá D.C.

Que : **Sánchez Peña Gloria Yameth**

Curso y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley  
Con una intensidad de 1800 horas

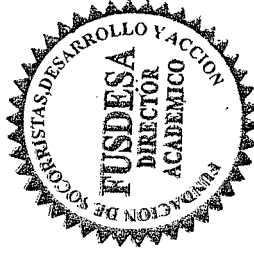
**Técnico Laboral en**

**AUXILIAR DE ENFERMERIA**



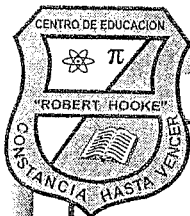
*Roberto Salíndo*

Presidente  
Roberto Salíndo G.



*Lila Paneth Cueva Ramírez*  
Directora Académica  
Lila Paneth Cueva Ramírez

Dado en Bogotá D.C., A los 21 días del mes de Diciembre de 2006  
Anotado en el folio 4953 del libro 04 del Registro de Fusdesa



# CENTRO DE EDUCACION FORMAL ROBERT HOOKE

Sede A: Diag. 44 sur No. 19-01 (Plazoleta Sta. Lucía)

Teléfono: 279 42 64

Sede B: Calle 17 Sur No. 17 - 53 Restrepo

Tels.: 278 76 83 - 272 21 38

Sede C: Calle 40A Sur No. 75 - 54 - Tel.: 4518196

Diagonal Hospital Kennedy

## ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. a los 08 días del mes de Diciembre del año de 1999 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria 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 Santafé de Bogotá, para otorgar el Título de Bachiller de caracter Académico con énfasis en Desarrollo Humano e Informática según resoluciones No. 8586 del 04 de Diciembre de 1997 y 2984 del 24 de Septiembre de 1999 de la Secretaria 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

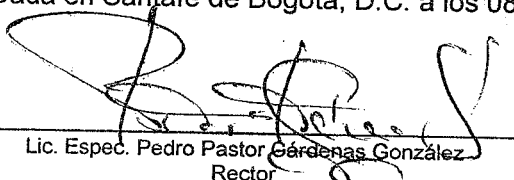
Al graduado, cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad, se relacionan a continuación:

**387 Sánchez Peña Gloria Dannah**  
C.C. 52.223.163 de Santafé de Bogotá

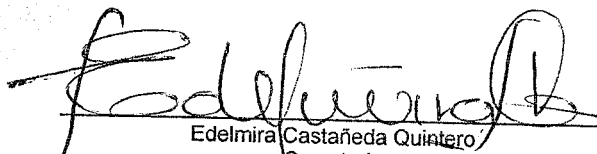
Es fiel copia del acta original General No. 05 de fecha 08 de Diciembre de 1999 que consta de 454 alumnos que comienza con el nombre de: Acevedo Molina Braulio Alejandro y cierra con el nombre de: Zúñiga Gómez Aida Fernanda.

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

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los 08 días del mes de Diciembre de 1999.

  
Lic. Espec. Pedro Pastor Gádenas González  
Rector

C.C. No. 3.290.521 de Villavicencio

  
Edelmira Castañeda Quintero  
Secretaria

C.C. No. 52.285.576 de Sta. Fe de Bogotá



# FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

Aprobada por el MINISTERIO de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de FEBRERO de 1999 y LICENCIA de FUNCIONAMIENTO No. 1330 del 22 de Abril de 1999, EMANADA de la SECRETARÍA de Educación de SANTAFÉ de BOGOTÁ, D.C.

## ACTA GENERAL No. 016

En Bogotá, D.C. El día 19 de DICIEMBRE del Año dos mil seis (2006), SE REUNIERON EN el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, el PRESIDENTE, DIRECTOR ACADÉMICO, COORDINADOR ACADÉMICO y el Cuerpo de Docentes, PREVIO JURAMENTO DE RIGOR SE LE HIZO ENTREGA A

## ACTA INDIVIDUAL No. 4953

### SÁNCHEZ PEÑA GLORIA YANNETH

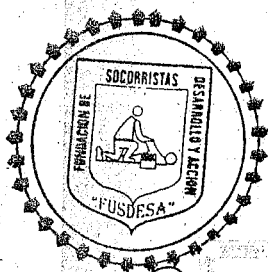
C.C. 52.223.163 de SANTAFÉ de BOGOTÁ, D.C.

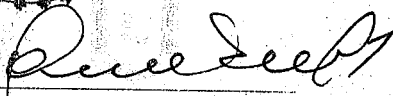
El CERTIFICADO QUE lo (A) ACREDITA COMO :

**TÉCNICO LABORAL  
Auxiliar de ENFERMERÍA**

POR HABER CUMPLIDO los REQUISITOS ACADÉMICOS y las PRÁCTICAS REGLAMENTARIAS, CONFORME a DISPOSICIONES de Ley con una INTENSIDAD de 1.800 HORAS.

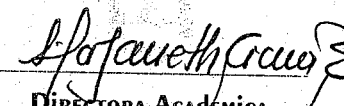
PARA CONSTANCIA SE FIRMA LA PRESENTE EN BOGOTÁ, D.C. A los VEINTIÚN (21) días del mes de DICIEMBRE del Año dos mil seis (2006)





**PRESIDENTE  
Roberto Galindo G.**





**DIRECTORA ACADÉMICA  
Lila Yaneth Cícua RAMÍREZ**

CLINICA MATERNO INFANTIL ESIMED

CERTIFICA QUE:

**JANNETH SANCHEZ PEÑA**

CC 52223163

**PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE PROFUNDIZACIÓN**

**CÓDIGO AZUL EN NEONATOS**

**INTENSIDAD 4 HORAS**

**CLINICA ESIMED MATERNO INFANTIL 07 DE MARZO DE 2018**

*Oscar U. Guzmán*

Firma

 **esimed**



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - S.C.A.R.E.

Certifica que:

Gloria Sánchez Peña

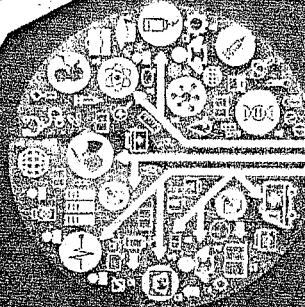
Asistió al taller "Construyendo Cultura de Seguridad" durante el primer semestre de 2017

Dra. Luz María Gómez Buitrago

Dra. Luz María Gómez Buitrago  
Subdirector Científico - S.C.A.R.E.

Dra. María del Pilar Soler Hernández

Dra. María del Pilar Soler Hernández  
Jefe de Promoción Y Prevención - S.C.A.R.E.



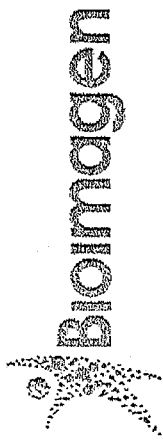
UN CAMINO  
EN EL QUE  
NO TE DETIENES



DT

Promoción  
y Prevención





Otorga el Presente Diploma a

**GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA**

**C.C 52223163**

Por haber Participado en la  
**CAPACITACION EN TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS PARA EL  
LABORATORIO**  
Marzo 2017 (intensidad 2 horas)

*Sandra Acero.*

---

|                                                                          |                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Jefe Sandra Acero<br>Coordinadora de Enfermería Clínica Materno Infantil | Dra. Janis Lopez<br>Coordinadora Laboratorio Clínica Materno Infantil |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

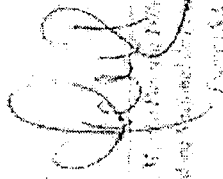


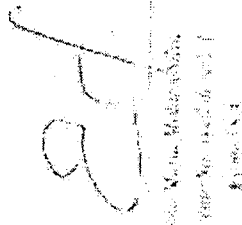
Estudios e Inversiones Médicas S.A.

Certifica que:

GLORIA JANETH SANCHEZ

Se formó en atención integral en salud de las víctimas de  
violencia sexual el día 27 de julio de 2017.

  
Médico Asesor en Salud Sexual y Reproductiva  
Especialidad en Medicina del Adolescente y la Juventud  
Especialidad en Medicina del Adolescente y la Juventud

  
Médico Asesor en Salud Sexual y Reproductiva  
Especialidad en Medicina del Adolescente y la Juventud  
Especialidad en Medicina del Adolescente y la Juventud

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"  
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA 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:

TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA  
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente; GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA

Firma



No. de documento:

52.223163 BTA

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

CALLE 58 F SUR 48 B 29

Teléfono:

3152513618



NIT 800.215.908-8

**ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)**  
**NIT. 800.215.908-8**

**CERTIFICA:**

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina KACTUS; el (la) Sr (a). **GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **52.223.163**, laboró en esta entidad desde el día **1 de diciembre de 2005** al **16 de agosto de 2018** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con contrato a término **INDEFINIDO**.

Para constancia, se expide la presente certificación al 27 de agosto de 2018.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext 6519 - 6520. ✓

Cordialmente,

**LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.**  
**Subdirectora Nacional de Talento Humano**

CUNDINAMARCA

Elaboro: Christian Montero – Auxiliar de Nómina  
CC: Historia Laboral

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **52.223.163** **REPUBLICA DE COLOMBIA**

**SANCHEZ PEÑA**

APELLIDOS  
**GLORIA YANNETH**

NOMBRES

*[Signature]*  
FIRMA

**REPUBLICA DE COLOMBIA**



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUN-1974**

**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

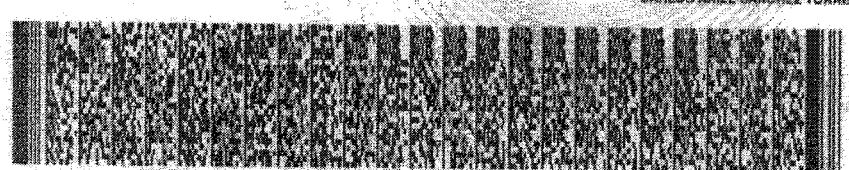
**1.65** **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**11-NOV-1992 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *[Signature]*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00019824-F-0052223163-20080705 0000791676A 1 1400005535

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14483368542



(415)7707212489984(8020) 0000014483368542

5. Número de identificación Tributaria (NIT):

5 2 2 2 3 1 6 3 - 9

6. DV:

9

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:

5 2 2 2 3 1 6 3

27. Fecha expedición:

1 9 9 2 1 1 1 1

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SANCHEZ

32. Segundo apellido

PEÑA

33. Primer nombre

GLORIA

34. Otros nombres

YANNETH

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

CL 58 F SUR 48 B 29

42. Correo electrónico:

yanneths7@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 5 2 5 1 3 6 1 8

45. Teléfono 2:

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 5 0 1 0 1

**Actividad secundaria**

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

**Otras actividades**

1

2

**Ocupación**

51. Código

52. Número establecimientos

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

**Obligados aduaneros**

**Exportadores**

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 8 0 9 1 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

*[Firma manuscrita]*

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice  
Firma autorizada:

984. Nombre: CASTRO BARREDA CARLOS ALBERTO

985. Cargo: Gestor

*[Firma manuscrita]*



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT  
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 20/09/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 52223163

GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 58 F SUR 48 B 29 Teléfonos: 3152513618

Dirección electrónica: yanneths7@hotmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

|                              |                 |                               |              |                       |            |
|------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| Naturaleza Jurídica:         | PERSONA NATURAL | Régimen tributario:           | SIMPLIFICADO | Fecha desde:          | 01/01/2005 |
| Fecha inicio de Actividades: | 01/01/2005      | Fecha de cese de Actividades: | NO REGISTRA  | No. Establecimientos: | 0          |

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD



SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN



GLORIA YANNETH  
SANCHEZ PEÑA

C.C. 60.522.231.63



SECRETARÍA  
DE SALUD

ALCALDÍA DEL DISTRITO DE BOGOTÁ

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

*Luis Blázquez*  
SECRETARÍA DE SALUD

Expedición 16/02/2007



Secretaría  
**SALUD**

ALCALDÍA MAYOR SANTA FE DE BOGOTÁ

**Resolución No 1245 de 06/02/2007**  
**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.**

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

**EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

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

**CONSIDERANDO**

Que el(la) señor(a) **SANCHEZ PEÑA GLORIA YANNETH** Identificado(a) con CC número 52223163 expedida en **SANTAFE DE BOGOTÁ D.C** solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según **CERTIFICADO** de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por **LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA** el día 21/12/2006 y registrado en el libro 4 Folio 4953 año 2006

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** autorizar a **SANCHEZ PEÑA GLORIA YANNETH** identificado(a) con CC número 52223163 expedida en **SANTAFE DE BOGOTÁ D.C** para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

**NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C. a los **06/02/2007**

ORIGINAL FIRMADO POR  
**CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS**

**CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS**  
Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez  
Reviso : Adriano Lozano

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Bogotá, D.C. <u>Feb 16/07</u>                                                         |
| A la fecha notifiqué personalmente al<br>señor (a) <u>GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA</u> |
| CC. # <u>52.223.163 RTA</u>                                                           |
| Firma                                                                                 |

*Bogotá sin indiferencia*

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación \*      Número de Identificación \*

Cédula de Ciudadanía ▼      52223163

Primer Nombre \*

gloria

Primer Apellido \*

sanchez

[Verificar Registro en ReTHUS](#)

[Limpiar](#)

### Resultado General

| Tipo<br>Identificación | Nro.<br>Identificación | Primer<br>Nombre | Segundo<br>Nombre | Primer<br>Apellido | Segundo<br>Apellido | Detalles            |
|------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| CC                     | 52223163               | GLORIA           | YANNETH           | SANCHEZ            | PENA                | <a href="#">Ver</a> |

### Información Detallada [CC: 52223163] GLORIA YANNETH SANCHEZ PENA

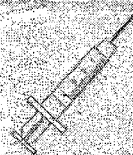
#### Información Académica

| Tipo<br>Programa | Origen<br>Título | Obtención | Profesión u<br>Ocupación  | Fecha desde que puede<br>ejercer | Entidad Reportadora                  |
|------------------|------------------|-----------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| AUX              | Local            |           | Auxiliar de<br>enfermería | 2007/2/06                        | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE<br>SALUD |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

| Vacuna                   | Dosis Refuerzo | Lote | Fecha Aplicación | Firma Vacunador |
|--------------------------|----------------|------|------------------|-----------------|
| Hepatitis B              | 1a. Dosis      |      | 08 FEB 2006      |                 |
|                          | 2a. Dosis      |      | 10 MAR 2006      |                 |
|                          | 3a. Dosis      |      | 05 0 5 2 0 0 6   |                 |
|                          | Refuerzo       |      | 23 FEB 2007      |                 |
| Hepatitis A              | 1a. Dosis      |      |                  |                 |
|                          | 2a. Dosis      |      |                  |                 |
| Triple-Viral             | 1 Dosis        |      |                  |                 |
| Varicela                 | 1 Dosis        |      |                  |                 |
| Neumococo*               | 1 Dosis        |      |                  |                 |
| T. Tetánico<br>Difterico | 1a. Dosis      |      |                  |                 |
|                          | 2a. Dosis      |      |                  |                 |
|                          | 3a. Dosis      |      |                  |                 |
|                          | Refuerzo       |      |                  |                 |
| Influenza**              | 1a. Dosis      |      |                  |                 |
| Otros                    |                |      |                  |                 |
|                          |                |      |                  |                 |
|                          |                |      |                  |                 |

\*Neumococo feruerzo cada 5 años \*\*Influenza (Gripe) refuerzo anual



## CENTRO DE VACUNACIÓN TANIA

### Certificado de Vacunación



Institución: \_\_\_\_\_ Semestre \_\_\_\_\_ Jornada \_\_\_\_\_

Nombre: Gloria Sanchez F.

Doc. Identidad No: 52 223 163 BTA

Dirección: CUE 57 No 18 C48 SUR

Teléfono: 2066913 R.H.: OT



**Ternoquimicas**

**sanofi pasteur**

*¿Que le da más miedo  
vacunarse o infectarse?*

Carrera 15 No.: 51 - 14 Consultorio 202 Tel.: 211 9289 Bogotá, D.C.



24-E24-309543

Página N° : 1  
 Fecha ingreso : 11/08/2018 04:12:22 PM  
 Fecha impresion : 12/08/2018 12:12:58 AM

|                                        |                               |
|----------------------------------------|-------------------------------|
| No. de Orden : E24-309543              | No. Interno : E24-309543      |
| Paciente : SANCHEZ PEÑA GLORIA YANNETH | Edad : 44 a 1 m 24 d          |
| Documento Id : 52223163                | Teléfono : 7748796            |
| Empresa : UMED - DIVINO NIÑO           | E-Mail : YANNETHS7@hotmail.co |
| Sede : LAB REFERENCIA                  | No. Autoriza: 0               |

HBSAC\*\*

QUILEI2

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de referencia |
|--------|-----------|----------|-----------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

|       |      |     |   |
|-------|------|-----|---|
| 550.9 | UI/L | 0 - | 0 |
|-------|------|-----|---|

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10  
 Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación  
 10 - 100: Niveles de protección  
 Mayor de 100: Niveles de Inmunidad  
 Técnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Validó: Reg 1031142675 NATALIA GALINDO PATIÑO

FIRMA

Director Operativo Laboratorio

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Fase pre analítica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)  
Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte



# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

**UMED LTDA. I.P.S.**

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901  
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según  
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997  
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**  
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional  
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud:



Nro. 18129

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

|                                                                                                           |    |                                  |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------|----------------------|
| FECHA: 20/09/2018 HORA: 8:49:                                                                             |    | EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO |                      |
| NOMBRES: GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA                                                                      |    | CEDULA: 52223163                 | EDAD: 44 GENERO: F   |
| EMPRESA: SUBRED CENTRO-ORIENTE                                                                            |    | CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA    | TELEFONO: 3152513618 |
| <b>EXAMENES LABORALES REALIZADOS</b>                                                                      |    |                                  |                      |
| Valoración Médica Laboral                                                                                 | Si | SATISFACTORIO                    |                      |
| Espirometría                                                                                              | -- | Respiratorio                     | Si                   |
| Audiometría                                                                                               | -- | Dermatología                     | Si                   |
| Visiometría                                                                                               | -- | Osteomuscular                    | Si                   |
| Optometría                                                                                                | -- | Cardiovascular                   | Si                   |
| Electrocardiograma                                                                                        | -- | Prueba de equilibrio             | --                   |
| Psicología Laboral                                                                                        | -- | Radiología Tumor/corpo           | --                   |
| Vacunas                                                                                                   | -- | Radiología Columna               | --                   |
|                                                                                                           |    | Radiología Tórax                 | --                   |
| <b>LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO</b>                                                                  |    |                                  |                      |
| Cuadro Hemático IVG                                                                                       | -- | Parcial de Orina                 | --                   |
| Glicemia                                                                                                  | -- | RH-Grupo Sanguíneo               | --                   |
| Colesterol                                                                                                | -- | KOH Uñas                         | --                   |
| Triglicéridos                                                                                             | -- | Frotis Faringeo                  | --                   |
| Serología                                                                                                 | -- | Coprológico                      | --                   |
| <b>CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:</b>                                        |    |                                  |                      |
| Apto PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) -- Según Res. 1409 del 3 de Julio de 2017 |    |                                  |                      |
| Apto Para el cargo sin Restricciones                                                                      | Si | Aplazado                         | --                   |
| Apto Para el Cargo con Restricciones que intervienen con su Trabajo                                       | -- | No Apto Para Este Cargo          | --                   |
| Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel                                                       | -- |                                  | --                   |
| Examen PERIODICO Satisfactorio                                                                            | -- | Examen de EGRESO Satisfactorio   | --                   |
| ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA EL CARGO. ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.              |    |                                  |                      |
| <b>RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES</b>                                                                    |    |                                  |                      |
| Higiene Postural                                                                                          | Si | Uso de Doble Protección Auditiva | --                   |
| Pausas Activas                                                                                            | Si | Control Optométrico Periódico    | --                   |
| Ergonomía del Puesto de trabajo                                                                           | Si | Uso de Lentes Permanentes        | --                   |
| Uso de Elementos de Protección Personal                                                                   | Si | Uso de Lentes Visión Cercana     | --                   |
| Valoración por IPS de Medicina Laboral                                                                    | -- | Control de Tensión Arterial      | --                   |
| Control Audiométrico                                                                                      | -- | Estilos de Vida Saludable        | Si                   |
|                                                                                                           |    | Control Médico Ocupacional Anual | --                   |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)**  
He comprendido el propósito, los beneficios, las consecuencias, los riesgos y los costos del examen médico, paraclínico(a) y/o ocupacional(es) que se van a practicar. Garantizo que las pruebas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo que esta es una decisión voluntaria y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realice la información. He sido informado de las medidas que el profesional de Salud Ocupacional de UMED LTDA. toma para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información contenida en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibirá los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma y sello profesional que he leído y comprendido a la perfección anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO  
LICENCIA No. 6970 DE 03/08/2009  
Médico Especialista en Salud Ocupacional

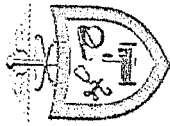
Firma Trabajador

C.C. No

52 223 163 BTA

Realice sus exámenes en Instituciones médicas  
aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud:

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur  
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937  
Fax: 239 0086  
umedltida@gmail.com



Escuela de Auxiliares en Enfermería

C.S.A.E.

Formamos vidas para dar lo que no tiene precio. La Salud

INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO  
Resolución 15-101 de Noviembre 4 de 2010, Sec. de Educación de Bogotá D.C.  
Acuerdo No 97 del 5 Febrero de 2010, Min. De la Protección Social.

Certifica a:

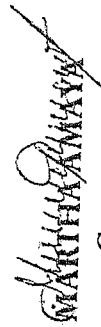
**GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA**

**C.C.52.223.163 de Bogotá D.C**

*Asistió y aprobó el curso de:*

**SOPORTE VITAL BASICO**

*Intensidad 20 Horas*

  
MARTHA AMAYA

Gerente

Bogotá D.C junio 23 de 2018

Av. 1 de Mayo No. 33-33

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

FECHA: **Sept 19/18** 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 5.2.2.2.1, 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.

CEASE O TIPO DE VINCULACION A 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                 |
| <b>Sanchez</b>                                                                                                                                                                              | <b>Penin</b>                        | <b>Gloria</b>                                                                     | <b>YANNETH</b>                 |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                      | Nº IDENTIFICACION                   | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                               | FECHA EXPEDICION (Año/Mes/Día) |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>                                                          | <b>52-223163</b>                    | <b>BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)</b>                                                      | <b>11-11-1992</b>              |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                            |                                     | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                |
| FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                                            | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO                                                                   | NACIONALIDAD                   |
| <b>BOGOTÁ</b>                                                                                                                                                                               | <b>BOGOTÁ</b>                       | <b>COLOMBIA</b>                                                                   |                                |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                | PERSONA A CARGO                     | NUMERO DE HIJOS                                                                   | TELEFONO CELULAR               |
| SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCADO(A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input checked="" type="checkbox"/> | <b>1</b>                            | <b>2</b>                                                                          | <b>3152513618</b>              |

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL:   
PROFESION: **Auxiliar enfermería**

|                                                   |                          |                                                                                                                 |                 |                     |
|---------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| DIRECCION RESIDENCIA                              | CIUDAD RESIDENCIA        | DEPARTAMENTO                                                                                                    | PAIS RESIDENCIA | TELEFONO RESIDENCIA |
| <b>Calle 58 F 48 B 29 Sur</b>                     | <b>BOGOTÁ</b>            | <b>CUNDINAMARCA</b>                                                                                             | <b>COLOMBIA</b> | <b>7747896</b>      |
| CORREO ELECTRONICO                                | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA                                                                                                |                 |                     |
| <b>Yanneths7@hotmail.com</b>                      |                          | PROPIA <input checked="" type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> |                 |                     |
| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Sitio web) | CIUDAD                   | DEPARTAMENTO                                                                                                    | PAIS            | TELEFONO/FAX        |
|                                                   |                          |                                                                                                                 |                 |                     |

2. DATOS DEL CONYUGE

|                                                                                                                                    |                   |                                                                                  |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                    | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE                                                                    | SEGUNDO NOMBRE                 |
| <b>NARANJO</b>                                                                                                                     | <b>Mejin</b>      | <b>GUILLERMO</b>                                                                 |                                |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                             | Nº IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                              | FECHA EXPEDICION (Año/Mes/Día) |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> | <b>79856470</b>   | <b>BOGOTÁ</b>                                                                    | <b>1992-08-24</b>              |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: <input type="text"/>                                        |                   | ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD: <b>COLOMBIA</b>  |

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

|                                                                                                                       |                                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                             |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| ASALARIADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> | ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/> | HOGAR <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> | PENSIONADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> | CUAL: <input type="text"/>                                                              |
| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE                                                                                    | DECLARAR RENTA                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>  | IVA <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/>                                                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                      |
| GRAN CONTRIBUYENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                 | AGENTE RETENEDOR SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                         |                                                                     |                                                                                                             |                                                                                         |
|                                                                                                                       |                                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                             | PRINCIPAL <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/>                  |
|                                                                                                                       |                                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                             | AGENTE AUTORETENEDOR SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |

FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO

ADMINISTRACIONES PUBLICAS

GOBIERNO

SI

NO

SI

NO

NOBRE EMPRESA/NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA

GOBIERNO

SECTORES

INDUSTRIA

EXPORTACIONES

AGRICOLA

ENERGETICA

FINANCIERA

TRANSPORTE

TECNOLOGIA

ALIMENTOS

MEDICAMENTOS

OTRA

CUAL

DIRECCION DE LA EMPRESA

TELEFONO

CUIDAD/MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

PAIS

CARGO ACTUAL

FECHA VINCULACION

SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS

VENTAS ANUALES

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA

DESCRIPCION ACTIVIDAD

FECHA CONSTITUCION

TIPO SOCIEDAD

INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES

EGRESOS MENSUALES

ACTIVOS

PASIVOS

SALARIOS

HONORARIOS

ARRIENDOS

COMISIONES

OTROS INGRESOS\*

TOTAL INGRESOS

GASTOS FAMILIARES

ARRIENDOS

CUOTA VEHICULO

CUOTA VIVIENDA

OTROS EGRESOS\*

TOTAL EGRESOS

AHORROS

INVERSIONES

VEHICULOS

PROPIEDADES

OTROS ACTIVOS\*

TOTAL ACTIVOS

SALDO HIPOTECA

TARJETAS DE CREDITO

DEUDA VEHICULOS

DEUDAS TERCEROS

OTROS PASIVOS\*

TOTAL PASIVOS

DESCRIPCION OTROS INGRESOS

DESCRIPCION OTROS EGRESOS

DESCRIPCION OTROS ACTIVOS

DESCRIPCION OTROS PASIVOS

DIFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

DIRECCION

CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS

TIPO RELACION

TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR

DAVIDIENNA

CUENTA AHORROS

476170032355

EL ESPECTADOR

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

SI

NO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

IMPORTACION

EXPORTACION

TRANSFERENCIA

PRESTAMOS

PAGO SERVICIOS

CUAL

DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando corteza de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el proposito de que se pueda dar cumplimiento a lo sealado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1123 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupcion".

1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupacion, profesion, negocio, etc.).

AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en elCodigo Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique)

3. No admitire que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en elCodigo Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaracion, una vez tenga conocimiento de la misma.

5. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidacion del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infraccion de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicacion 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 informacion erronea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la omision del mismo.

6. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada ano los datos e informacion 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 está obligado a declarar)
  6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.  
**NOTA:** Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. ( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

### CONSIDERACIONES

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

### AUTORIZACIÓN

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

#### Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal 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: [urita@subredcentroorientesalud.gov.co](mailto:urita@subredcentroorientesalud.gov.co)) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de

# AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación

Fecha de Radicación  
D 19 O 9 A 2018

## I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

|                         |                                              |                 |                      |                      |                          |
|-------------------------|----------------------------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Tipo de trámite      | 2. Tipo de Afiliación                        | 3. Régimen      | 4. Tipo de afiliado  | 5. Tipo de cotizante | 6. Códigos               |
| A. Afiliación           | A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia | A. Contributivo | A. Cotizante         | A. Dependiente       | (a registrar por la EPS) |
| B. Reporte de Novedades | B. Beneficiario o afiliado adicional         | B. Subsidiado   | B. Cabeza de familia | B. Independiente     |                          |
|                         | C. Colectiva                                 |                 | C. Beneficiario      | C. Pensionado        |                          |
|                         | D. De oficio                                 |                 |                      |                      |                          |

## A. AFILIACIÓN - II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

|                                                                                                  |                                   |                                     |          |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------|-------------------------|
| 6. Apellidos y nombres                                                                           | 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo  | 10. Fecha de nacimiento |
| Primer Apellido: SANCHEZ, Segundo Apellido: PEÑA, Primer Nombre: GLORIA, Segundo Nombre: YANNETH | CC                                | 52223163                            | Femenino | 17/06/1974              |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

|                                           |                                |                    |                                 |                                               |                                 |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| 11. Etnia                                 | 12. Discapacidad               | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|                                           | Tipo: F, N, M; Condición: T, P |                    |                                 | Seg. BOLIVAR                                  | Colpensiones                    |
| 17. Ingreso base de cotización - IBC      | 18. Residencia                 | 19. Dirección      | 20. Municipio / Distrito        | 21. Zona                                      | 22. Teléfono fijo y/o celular   |
| 731.242                                   | CALLE 58 F 48 B 29 SUR         |                    | Bogotá                          | Urbana                                        | 7243796 / 3152513618            |
| Correo electrónico: Yanneth57@hotmail.com |                                |                    |                                 |                                               | Departamento: CUNDINAMARCA      |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

|                                                                                                  |                                    |                                      |          |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------|-------------------------|
| 19. Apellidos y nombres                                                                          | 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
| Primer Apellido: SANCHEZ, Segundo Apellido: PEÑA, Primer Nombre: GLORIA, Segundo Nombre: YANNETH |                                    | 52223163                             | Femenino | 17/06/1974              |

## Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 24. Apellidos y nombres |                  |               |                | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo             |
|-------------------------|------------------|---------------|----------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Primer Apellido         | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |                                    |                                      | Femenino / Masculino |
| B1                      |                  |               |                |                                    |                                      |                      |
| B2                      |                  |               |                |                                    |                                      |                      |
| B3                      |                  |               |                |                                    |                                      |                      |
| B4                      |                  |               |                |                                    |                                      |                      |
| B5                      |                  |               |                |                                    |                                      |                      |

| 28. Fecha de nacimiento |   | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | 32. Datos de residencia |   |   | 33. Valor de la UPC afiliado adicional |
|-------------------------|---|----------------|-----------|------------------|-------------------------|---|---|----------------------------------------|
| D                       | D | M              | M         | A                | A                       | A | A |                                        |
| B1                      |   |                |           |                  |                         |   |   |                                        |
| B2                      |   |                |           |                  |                         |   |   |                                        |
| B3                      |   |                |           |                  |                         |   |   |                                        |
| B4                      |   |                |           |                  |                         |   |   |                                        |
| B5                      |   |                |           |                  |                         |   |   |                                        |

## Selección de la IPS Primaria

|                                                                     |                                                                    |                           |                                         |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|
| 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS)                          | 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación |
| C. BOLIVAR                                                          | 1065                                                               |                           |                                         |
| 37. Número del documento de identificación                          | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |                           |                                         |
|                                                                     |                                                                    |                           |                                         |
| 39. Ubicación                                                       | Dirección                                                          | Teléfono                  | Correo electrónico                      |
|                                                                     |                                                                    |                           |                                         |
|                                                                     |                                                                    | Municipio / Distrito      | Departamento                            |
|                                                                     |                                                                    |                           |                                         |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

|                                                        |                                                                                           |                                                  |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 40. Tipo de Novedad                                    | 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | 13. Movilidad:                                   |
| 1. Modificación datos básicos de identificación        | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado    |
| 2. Corrección datos básicos de identificación          | 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar                   | 14. Traslado:                                    |
| 3. Actualización documento de identidad                | 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen            |
| 4. Actualización y corrección de datos complementarios | 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas            | 15. Reporte por fallecimiento                    |
| 5. Terminación de la inscripción en la EPS             | 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas        | 16. Reporte del trámite de protección al cesante |
| Código                                                 |                                                                                           | 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado      |
| 6. Reinscripción en la EPS                             |                                                                                           | 18. Reporte de la calidad de Pensionado          |

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

|                                                                                                                                 |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 41. Datos básicos de identificación                                                                                             | 42. Fecha              |
| Primer Apellido: SANCHEZ, Segundo Apellido: PEÑA, Primer Nombre: GLORIA, Segundo Nombre: YANNETH                                |                        |
| Tipo de documento de identidad: CC, Número de documento de identidad: 52223163, Sexo: Femenino, Fecha de nacimiento: 17/06/1974 |                        |
| 43. EPS anterior                                                                                                                | 44. Motivo de traslado |
|                                                                                                                                 | Código                 |
| 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones                                                                        |                        |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.             | 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados identificados. |
| 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. |                                                                                                                                                                |

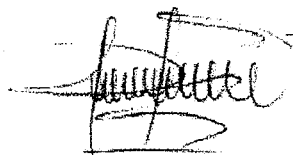
## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

### CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52223163**, se encuentra afiliado (a) desde **13/10/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES |                |                    |            |                                    |
|---------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|------------|------------------------------------|
| Noiedad                                                             | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha      | Multivinculación Decreto 3995/2008 |
| Vinculación Inicial                                                 | 23             | COLPENSIONES       | 13/10/1994 | No Multivinculado                  |
| Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión           | 3              | PORVENIR S.A.      | 01/12/2002 | No Multivinculado                  |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES             | 23             | COLPENSIONES       | 01/03/2015 | No Aplica                          |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de septiembre de 2018.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



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



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud

## AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52223163

Numero de Documento

CIA DE SEGUROS BOLIVAR

ARL

GLORIA

Primer Nombre

YANNETH

Segundo Nombre

SANCHEZ

Primer Apellido

PEÑA

Segundo Apellido

17-06-1974

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CUES8F48B29SUR

Dirección de Residencia

7748796

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

COLPENSIONES

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

yanneths7@hotmail.com

Correo Electrónico

3152513618

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 115613197



WEB

18:18:39

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 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) GLORIA YANNETH SANCHEZ PEÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52223163:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)

Línea gratuita 018000910315 • [dcap@procuraduria.gov.co](mailto:dcap@procuraduria.gov.co)



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS  
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

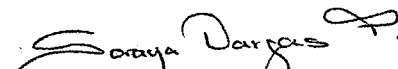
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 19 de septiembre de 2018, a las 18:27:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | CC                   |
| No. Identificación     | 52223163             |
| Código de Verificación | 52223163180919182721 |

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

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

  
**SORAYA VARGAS PULIDO**  
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 19 de Septiembre de 2018 - 18:40 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: **CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL CIENTO SESENTA Y TRES**

**52223163**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

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

**ADVERTENCIAS:**

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

*Rosalba Jazmín Cabrales Romero.*

**ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web [www.personeriabogota.gov.co](http://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](http://www.personeriabogota.gov.co)**

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **9\_LDE9J\_3918**

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



**POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA**



## **Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

### **La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 18:31:02 horas del 19/09/2018, el ciudadano identificado con:

**Cédula de Ciudadanía N° 52223163**

**Apellidos y Nombres: SANCHEZ PEÑA GLORIA YANNETH**

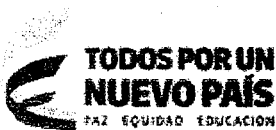
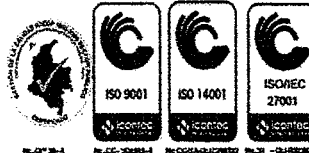
### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41  
(Paloquemad). Bogotá DC  
Atención administrativa de lunes  
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y  
2:00 pm - 5:00 pm  
Línea de Atención al Ciudadano -  
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112  
Resto del país: 018000 910 112  
Requerimientos ciudadanos 24  
horas  
Fax (571) 5159581 - E-mail:  
lineadirecta@policia.gov.co.



# DAVIVIENDA

## CERTIFICACIÓN

BOGOTA  
COLOMBIA,

2018/09/19

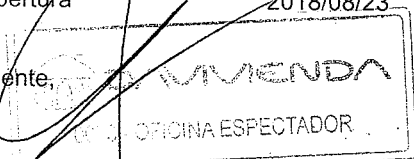
Por medio de la presente hacemos constar que la señora GLORIA YANNETH SANCHEZ PENA  
con Cédula de Ciudadanía - número 52223163  
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL,  
posee en el Banco Davivienda:

### CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 476170032355

Fecha Apertura 2018/08/23

Cordialmente,



Firma Autorizada  
BANCO DAVIVIENDA