Bogotá D.C. 7/ 12 / 2021

Doctora.
**MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES**
Gerente.
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos7560505
Ciudad.

**REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA**

Nombre: MARY LUZ HERNANDEZ TORRES

Perfil: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Respetado Doctora Martha Yolanda Ruiz Valdés reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que me sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

**Cordialmente.**

MARY LUZ HERNANDEZ TORRES
CC: **1022341998**

**Dirección: KR 98 D 42 33 SUR**

**E-mail: MARYCITAY26@GMAIL.COM**

***Celular: 3123055586***

**Telefono:**

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-dic-2021

Fecha Validación:04-dic-2021

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| HERNÁNDEZ | TORRES | MARY LUZ |

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:** C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022341998

**SEXO:** F (X) M ( )

**NACIONALIDAD:** COL (X) EXTRANJERO ( )

**LIBRETA MILITAR:** PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 30 MES DIC AÑO 1987

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Boyacá

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

kr 89 d# 42 - 33 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9999999

EMAIL marycitay26@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BASICA | | | | | | | | | | | TITULO Bachiller tecnico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. X | MES DICIEMBRE AÑO 2006 |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| Administrar inmunobiológicos | sena | 2021 | 10 |
| PRIMER RESPONDIENTE | SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | 2021 | 20 |
| MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL | SENA | 2021 | 48 |
| PRIMER RESPONDIENTE | SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | 2021 | 16 |
| VACUNACION CONTRA EL COVID 19 PARA EL | SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA | 2021 | 10 |
| ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | FUMEFI SAS APH Y GESTIÓN DE RIESGO | 2021 | 20 |
| SOPORTE VITAL BASICO | FUMEFI SAS APH Y GESTIÓN DE RIESGO | 2021 | 40 |

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-dic-2021

Fecha Validación:04-dic-2021

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| *NOMBRE DEL CURSO* | *INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN* | *AÑO TERMINACIÓN* | *HORAS* |
|---|---|---|---|
| CARDIORESCATE | EQUIPA MEDIC | 2018 | 80 |
| SALUD OCUPACIONAL | SENA | 2016 | 40 |
| PROFUNDIZACIÓN TECNICA EN ATENCIÓN AL | SENA | 2015 | 800 |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | INGABO | 2013 | 1800 |

## 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* |
| Privada | 0 | 0 |
| Pública | 0 | 0 |
| Total | 0 | 0 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

sideap 2.0

Última Actualización: 04-dic-2021

Fecha Validación:04-dic-2021

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).

Bogotá D.C. - 04-dic-2021

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

Bogotá 7/12/2021

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.341.998**
**HERNANDEZ TORRES**

APELLIDOS
**MARY LUZ**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-DIC-1987**
**CHIQUINQUIRA**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.56** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**10-ENE-2006 BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00392295-F-1022341998-20120810 **0030**72352A 1 1891915191

Escaneado con CamScanner

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

# Colegio Instituto Técnico Rodrigo de Triana

## Institución Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C., según Resoluciones No. 775 del 13 de Marzo de 2000 No. 1646 del 24 de Mayo de 2002 y No. 2848 del 16 de Septiembre de 2002

Confiere a:

## Mary Luz Hernández Torres

T.I. No. 871230-66390 de Chiquinquirá - Boyacá

El Título de

## Bachiller Técnico

### Con Enfasis en Mantenimiento Industrial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

ETICA CIENCIA TRABAJO
RODRIGO DE TRIANA
IEDT

Registro Interno

Acta No. 13 Folio No. 13

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaria de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 5 de Mayo de 1994

Dado en Bogotá, D.C., a 07 de Diciembre de 2006.

Escaneado con CamScanner

# Acta de Grado

## Colegio Instituto Técnico Rodrigo de Triana .

Institución Educativa Distrital

Calle 38 B No. 89 - 81 - Tels.: 293 3380 - 293 33 93

Jornada Mañana

Inscripción S.E.: N.° 6595 del 18-08-1993
Dane: N° 111001867 7-4

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 7 días del mes de Diciembre de 2006 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO INSTITUTO TÉCNICO RODRIGO DE TRIANA Institución Educativa Distrital, aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Técnico, según Resoluciónes N° 775 del 13 de Marzo de 2000 de Educación Formal, la 1646 del 24 de Mayo de 2002 de Integración Institucional y la 2848 del 16 de Septiembre de 2002 del nombre definitivo Institución Integrada.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de BACHILLER TÉCNICO con énfasis en MANTENIMIENTO INDUSTRIAL al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

*Mary Luz Hernández Torres*

T.I.N. 871230-66390 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 013 de fecha 7 de Diciembre de 2006 que consta de alumnos graduados, comienza con el nombre de Acosta Rubiano Leidy Viviana y se cierra con el nombre de Yara Rodríguez William Harbey.

Firmada y sellada por Gustavo Antonio García López (Rector) y Flor Emilce Moreno (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 7 días del mes de Diciembre 2006

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.
No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Rector
C.C.No. 6`442.079 de Dovio (Valle)

Secretaria
C.C. No. 51`705.040 de Bogotá

Mayo 625 06 40

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

# INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

## Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 23 de 2008 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009
de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño
Acuerdos No. 056 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de mayo de 2009 del Ministerio de Protección Social

Confiere

El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

## Técnico Laboral

A: **MARY LUZ HERNANDEZ TORRES**

C.C N° 1.022.341.008 De Bogotá

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

## AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Duración del Programa: 1.800 Horas

Director

Secretaria Académica

Dado en Bogotá D.C., a los 6 días del mes de Julio de 2013
Registro Folio No. 65/35 del Libro de Certificados No. 4

Escaneado con CamScanner

# INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Aprobado por Resolución 13-4127 de Septiembre 22 de 2009 y 13-4128 de Septiembre 28 de 2009 emanada de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño y Acuerdos 014 de Diciembre 1 de 2004, y 016 de Mayo 31 de 2005 emanados del Ministerio de Protección Social

## Acta Individual de Certificación de Técnico Laboral

**REGISTRO 65 FOLIO 35 LIBRO 4**

En la Ciudad de Bogotá a los 28 días del mes de Junio del año 2.013, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de **TÉCNICO LABORAL**, con una duración de **1500** (horas) quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

**MARY LUZ HERNANDEZ TORRES**
**C.C. No 1.022.341.998 DE BOGOTA**

Es fiel copia del Acta Original General N° 53 de fecha 28 de Junio de 2.013, que consta de 166 alumnos que comienzan con el nombre de YACKELINE ACEVEDO LÓPEZ y se cierra con el nombre de ROSALINA ZAMORA firmado por:

**CARLOS EMIGDIO BÁEZ P.**
**DIRECTOR**
C.C. No. 79.884.207 de Bogotá

**MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA**
**SECRETARIA GENERAL**
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

*Dada en Bogotá a los 06 días del mes de Junio del año 2.013*

Escaneado con CamScanner

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1022341998 | MARY | LUZ | HERNANDEZ | TORRES | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARY LUZ HERNANDEZ TORRES identificado(a) con CC 1022341998 registra La siguiente información:

2021-12-04—8:13:09 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2013-10-11 | 12292 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE 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).

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD



**CERTIFICADO DE INSCRIPCION**

MARY LUZ
HERNANDEZ TORRES
C.C. 1022341998

**AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Expedicion 07/01/2014

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

Escaneado con CamScanner

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015*
*otorga*
*Certificado de Competencia Laboral a*

## MARY LUZ HERNANDEZ TORRES

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1022341998

Quien demostró su Competencia Laboral en la
*Norma*

**Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL INTERMEDIO**

*Código: 230101257 - Versión: 2*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en BOGOTÁ D.C.. A los veintiseis (26) dias del mes de Octubre de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

1159890 - 26/10/2021
No Y FECHA REGISTRO

Vigencia:
hasta el 26 de Octubre de 2024

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

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101257CC1022341998C.

Escaneado con CamScanner

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

# MARY LUZ HERNÁNDEZ TORRES

C.C.1022341998

participó en el curso virtual:

## Vacunación contra el COVID-19 para personal vacunador

Primer semestre año 2021
Con una intensidad horaria de 10 horas
Bogotá

Esta constancia certifica que esta persona reforzó conocimientos básicos sobre vacunación contra el COVID-19 mas no certifica idoneidad para vacunar personas.

CDEIS

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS

SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

El Director de Urgencias y Emergencias en Salud y el Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud de la Secretaría Distrital de Salud

Certifican que:

# MARY LUZ HERNANDEZ TORRES

C.C.1022341998

Cursó y aprobó el:

# CURSO PRIMER RESPONDIENTE VIRTUAL

Componente teórico y práctico

Con una intensidad horaria de veinte (20) horas
Bogota D.C , 14 de septiembre 2021

M F N C X f 1 6 H F

**Andrés José Álvarez Villegas**
Director de Urgencias y Emergencias en Salud

**José Octavio López Gallego**
Subidrector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

La presente constancia no confiere titulo de Idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

FUMEFI SAS

7194

# FUMEFI SAS
# APH Y GESTION DE RIESGO
## 900.806.660-6

*Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la ley 1874 de 2017, por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACION, decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015*

## MARY LUZ HERNÁNDEZ TORRES

## C.C. 1.022.341.998

*Asistió y aprobó el Curso De atención a victimas de violencia sexual*
*Con una intensidad de 20 horas*
*Otorgado en Bogotá a los 15 días del mes de Enero del 2021*

Héctor M. Chala
Gerente

FUMEFI S.A.S.

Escaneado con CamScanner

FUMEFI SAS

7193

# FUMEFI SAS
## APH Y GESTION DE RIESGO
## 900.806.660-6

Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la ley 1874 de 2017,
por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACION,
decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015

## MARY LUZ HERNÁNDEZ TORRES

## C.C. 1.022.341.998

Asistió y aprobó el Curso De Soporte Vital Básico (BLS)
Con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá a los 13 dias del mes de Enero del 2021

Héctor M. Chala
Gerente

FUMEFI S.A.S.

Escaneado con CamScanner

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

## EL CENTRO DE TECNOLOGIAS DEL TRANSPORTE

# CERTIFICA

Que MARY LUZ HERNANDEZ TORRES identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.022.341.998 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de SALUD OCUPACIONAL con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de agosto de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGIAS DEL TRANSPORTE
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

***SENA: Una Organización con Conocimiento***

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9213001246129CC1022341998E.

Escaneado con CamScanner

SENA

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

# EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

## CERTIFICA

Que MARY LUZ HERNANDEZ TORRES identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.022.341.998 de Bogotá, realizó y aprobó el programa de PROFUNDIZACIÓN TÉCNICA EN ATENCION AL RECIEN NACIDO CRITICO EN LA UNIDAD NEONATAL. con las siguientes evaluaciones e intensidad horaria:

| | EVAL | I.H. |
|---|---|---|
| **Itinerario** | | |
| ATENDER INTEGRALMENTE A LA PERSONA EN ESTADO CRITICO DE SALUD SEGÚN SITUACION INDIVIDUAL Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES. | 4.5 A | 440 |

Se expide en Bogotá, a los veinte (20) días del mes de octubre de dos mil quince (2015)

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

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

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



La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300926578CC1022341998N.

Escaneado con CamScanner

UNIVERSITARIA AGUSTINIANA
UNIAGUSTINIANA
Es creer en ti

Vigilada Mineducación

# CERTIFICACION LABORAL

La UNIVERSITARIA AGUSTINIANA certifica que el trabajador(a) MARY LUZ HERNANDEZ TORRES, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1022341998 de Bogota, D.C., registra la siguiente información en nuestra base de datos, relacionada con su(s) contrato(s):

| Tipo Contrato | Estado | Fecha Inicio | Fecha Fin | Dependencia | Cargo | Salario/Honorarios |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO (ADMON) | Contratación | 23-ene-17 | 21-dic-17 | Prevención y salud Tagaste | Auxiliar Prevención y Salud Integral | $1.043.993 |
| TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO (ADMON) | Finalizado | 23-ene-17 | 22-dic-17 | Prevención y salud Tagaste | Auxiliar Prevención y Salud Integral | $1.043.993 |
| TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO (ADMON) | Contratación | 11-ene-18 | 30-may-19 | Prevención y salud Tagaste | Auxiliar Prevención y Salud Integral | $1.043.993 |
| TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO (ADMON) | Cambio Remuneración | 10-ene-19 | 30-may-19 | Prevención y salud Tagaste | Auxiliar Prevención y Salud Integral | $1.161.964 |
| TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO (ADMON) | Finalizado | 11-ene-18 | 20-dic-19 | Prevención y salud Tagaste | Auxiliar Prevención y Salud Integral | $1.161.964 |
| TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO (ADMON) | Contratación | 13-ene-20 | 21-dic-20 | Prevención y salud Tagaste | Auxiliar Prevención y Salud Integral | $1.161.964 |
| TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO (ADMON) | Finalizado | 13-ene-20 | 21-dic-20 | Prevención y salud Tagaste | Auxiliar Prevención y Salud Integral | $1.161.964 |
| TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO (ADMON) | Contratación | 15-feb-21 | 1-mar-21 | Prevención y salud Tagaste | Auxiliar Prevención y Salud Integral | $1.161.964 |
| TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO (ADMON) | Finalizado | 15-feb-21 | 1-mar-21 | Prevención y salud Tagaste | Auxiliar Prevención y Salud Integral | $1.161.964 |

El presente certificado se expide a solicitud del Interesado el día 06 de mayo de 2021.

Esta información fue extraída automáticamente del software de NÓMINA de la UNIVERSITARIA AGUSTINIANA identificada con NIT 830.027.493-6. En caso de ser necesario, puede confirmar dicha certificación a través del teléfono (1) 4193200 Ext.1026-1112, en la Avenida Ciudad de Cali N° 11 B 95 de la Ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

**DIANA ROCIO GRANADOS ESPINOSA**
**Director Administrativo Capital Humano**



Escaneado con CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 04 de diciembre de 2021, a las 20:20:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1022341998 |
| Código de Verificación | 1022341998211204202008 |

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 183992835

WEB
20:24:10


Bogotá DC, 04 de diciembre del 2021

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) MARY LUZ HERNANDEZ TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022341998:

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 profendas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

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

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



Escaneado con CamScanner

GUARDIANES de tus DERECHOS
Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB**
**No. 5352971**

**Bogotá D.C., 1 de Diciembre de 2021 - 20:30 pm**

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a), quien se identifica con CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y UNO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C.

**1022341998**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

**WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO**
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Certificado generado por el sitio web: www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.
**Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador (601) 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co**

**Código de verificación: 12_NAFEP_3020. Link de verificación: https://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

Escaneado con CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en linea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 08:33:37 PM horas del 04/12/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1022341998**
Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ TORRES MARY LUZ**

**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.

Dirección: Calle 18A # 69F - 45 Zona Industrial, barrio Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.



Escaneado con CamScanner

Codigo de verificación
8386471034

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**EL GRUPO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

| | |
|---|---|
| Cédula de Ciudadania: | 1.022.341.998 |
| Fecha de Expedición: | 10 DE ENERO DE 2006 |
| Lugar de Expedición: | PUENTE ARANDA - BOGOTA D.C. |
| A nombre de: | MARY LUZ HERNANDEZ TORRES |
| Estado: | VIGENTE |

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**
**LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

---

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 06 de Enero de 2022

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 7 de diciembre de 2021

**RAFAEL ROZO BONILLA**
Coordinador Centro de Atención e Información Ciudadana

Para verificar la autenticidad de este certificado consulte (8386471034) en la pagina web en la dirección http://www.registraduria.gov.co/ opción "Consultar Certificado"



Escaneado con CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/12/2021 08:40:59 p. m. para **la Cedula de Ciudadania** Nº. **10223419998**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **20200806** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir



Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

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

Fecha: 04/12/2021

| CONTRIBUYENTE | C.C. 1022341998 | MARY LUZ HERNANDEZ TORRES |
|---|---|---|

### INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 92A 38B 22 SUR BRR LAS PALMERAS Teléfonos:

Dirección electrónica: marycitay26@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

### PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 26/01/2(

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 02/04/2009 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos:

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2: 86911 - Actividades de apoyo diagnóstico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturalezi pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

### ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

### REPRESENTANTES ACTIVOS

Escaneado con CamScanner

# FORMULARIO ÚNICO

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

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

**ENTIDAD RECEPTORA**

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-ene-2021

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** MARY LUZ HERNÁNDEZ TORRES

**IDENTIFICADO CON** **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022341998 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** kr 89 d# 42 - 33 sur **Teléfonos**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| VALERY CRISTINA REDONDO HERNANDEZ | 1034783230 | Hijo(a) |
| DARIANN SAMANTHA CASALLAS | 1233516799 | Hijo(a) |
| NCOLL ESTHEPFANY RODRIGUEZ | 1022341045 | 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 | $ 1.200.000,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 1.199,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 0,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 1.201.199,00 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | $ 0,00 |

c) *Mis bienes patrimoniales son los siguientes:*

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

Escaneado con CamScanner

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 Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-ene-2021

## 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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯ | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

## 3. FIRMA

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 27-ene-2021

**CIUDAD Y FECHA**

Escaneado con CamScanner

| | FORMATO SARLAFT | Versión: | 1 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 27/12/2018 |
| | | Código: | 18-02-FO-0011 |

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

| FECHA: | 2021-12-07 | CIUDAD: | BOGOTA | DEPARTAMENTO | BOGOTA |
|---|---|---|---|---|---|

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

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

| PROVEEDOR | | PARTICULAR | X | CONTRATISTA OPS | X | SERVIDOR PUBLICO | X | OTRO | X | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | TORRES | MARY | LUZ | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA MM DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | C.E. | R.C. | NUIP | X | 1022341998 | BOGOTA | 2006-01-10 |
| PASAPORTE | | OTRO | X | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1987-12-30 | CHINQUINQUIRA - BOYACA | COLOMBIA | COLOMBINA |

| ESTADO CIVIL | | | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) | X | CASADO | | DIVORCIADO(A) | | UNION LIBRE | VIUDO(A) | 4 | 3 | 3123055586 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER | POSGRADO | UNIVERSITARIO | BACHILLER | PRIMARIA | TECNICO | TECNOLOGO | OTRO | CUAL: | CONTRATISTA |
| | X | | | X | X | X | | | |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| KR 89 D 42 - 33 SUR | BOGOTA | BOGOTA | COLOMBIA | |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| MARYCITAY26@GMAIL.COM | | PROPIA | FAMILIAR X | ARRENDADA |

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

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA MM DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. X | R.C. X | NUIP X | | | |

Escaneado con CamScanner

| PASAPORTE | | OTRO | | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI | | | NACIONALIDAD: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO | ESTUDIANTE | HOGAR | PENSIONADO | | |
| SOCIO | CONTRATISTA | COMERCIANTE | EMPLEADO PUBLICO | CUAL: | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | EMPLEADO SOCIO | | OTRA ..... | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | SI / NO | IVA | SI | NO | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | 8299 / 20090302 |
| | | | ICA | SI | NO | PRINCIPAL: X | SECUNDARIA: |
| GRAN CONTRIBUYENTE | SI NO X | AGENTE RETENEDOR | | SI X / NO X | AGENTE AUTORETENEDOR | SI / NO X | |
| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA | | | | |
| SI NO X | NO | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E | | | | |
| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | COMERCIO | SERVICIOS SALUD | | # NIT | 900.959.048-4 | |

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA BANCARIA TRANSPORTE X SOLOGIA X IENTOS MI MENTOS

OTRA CUAL:

| DIRECCION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| | | BOGOTA | BOGOTA | COLOMBIA |
| CARGO ACTUAL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | FECHA VINCULACION | 2021-03-01 |

## 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

## 5. INFORMACION FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | $ 2.197.015 | GASTOS FAMILIARES | $ 500.000 | AHORROS | $ 0 | SALDO HIPOTECA | $ 0 |
| HONORARIOS | $ 0 | ARRIENDOS | $ 600.000 | INVERSIONES | $ 0 | TARJETAS DE CRED | $ 0 |
| ARRIENDOS | $ 0 | CUOTA VEHICULO | $ 0 | VEHICULOS | $ 0 | DEUDA VEHICULOS | $ 0 |
| INVERSIONES | $ 0 | CUOTA VIVIENDA | $ 0 | PROPIEDADES | $ 0 | DEUDAS TERCEROS | $ 0 |
| OTROS INGRESOS* | $ 0 | OTROS EGRESOS* | $ 500.000 | OTROS ACTIVOS* | $ 0 | OTROS PASIVOS* | $ 0 |
| TOTAL INGRESOS | $ 2.197.015 | TOTAL EGRESOS | $ 1.700.000 | TOTAL ACTIVOS | $ 0 | TOTAL PASIVOS | $ 0 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A |

## 6. REFERENCIAS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| GARZON | CISNEROS | LEIDY | JHOANA |
| DIRECCION | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS | TIPO RELACION | TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR |
| KR 42 A 38 09 SUR | BOGOTA | PARTICULAR | 3204189472 |

Escaneado con CamScanner

| 7. REFERENCIA FINANCIERA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
| | | | | |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAIS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTAC [ ] EXPORTACIO [ ] TRANSFERENCIAS [X] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [X] RA [X] CUAL: [ ]

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

POPOPOP

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE 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 Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

**CONSIDERACIONES**

Escaneado con CamScanner

**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 estandares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
**2.** Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorizacion de su titular, la cual proviene de la Ley.
**3.** Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
**4.** Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

## AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit. 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No. 39-46 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre d) El control y la prevencion 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 accederé 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) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
**2.** El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

**3.** USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la 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 medica, 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 INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
**5.** DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

**7.** DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, *(Calle 9 No. 39-46, Bogotá, Telefono 7560505 Ext. 1601)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
**9.**AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

## IX. FIRMA Y HUELLA

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

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14800591962

(415)7707212489984(8020) 000001480059196 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 2 3 4 1 9 9 8 | 9 | Impuestos de Bogota 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1022341998 | 2006/01/10 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | TORRES | MARY | LUZ |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 89 D 42 33 SUR

42. Correo electrónico: marycitay26@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 3 0 5 5 5 8 6 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2009/03/02 | 8 6 9 1 | 2020/12/16 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

54. Código

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 12 - 07 / 14 : 16: 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625/de 2016.

Firma del solicitante:

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

984. Nombre: HERNANDEZ TORRES MARY LUZ
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 07-12-2021 02:15:50PM

Escaneado con CamScanner

Bogotá D.C. 7/12 /2021

**PARA:** **MARTHA YOLANDA RUIZ VALDEZ**

**DE:** **MARY LUZ HERNANDEZ TORRES**
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo MARY LUZ HERNANDEZ TORRES identificado(a) con la C.C. No. 1022341998 de Bogotá, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

**PRIMERO**: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

**SEGUNDO**: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales:

| TIPO DE FORMACION ( FORMAL O INFORMAL) | TITULO O CERTIFICACION OBTENIDA | FECHA DE EXPEDICION (DIA,MES, AÑO) | ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE | VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE ( DIA,MES, AÑO) |
|---|---|---|---|---|
| FORMAL | TECNICO LABORAL AUXILIAR DE EN FERMERIA | 6 /07 /2013 | INSTITUTO EDUCATIVO INGABO | |
| | | | | |
| | | | | |

**TERCERO:** Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.

FIRMA _____
C.C. No. 1022341998
TELEFONO 3123055586
DIRECCION kr 89 D 42 33 SUR – Las brisas
E-MAIL marycitay26@gmail.com

Escaneado con CamScanner

Colombia Compra Eficiente

## CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Yo MARY LUZ HERNANDEZ TORRES Identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

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

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

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [ 7 ] del mes de [ 12 ] de [ 2021 ]

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

Nombre MARY LUZ HERNADEZ TORRES

Documento de Identidad. 1022341998





Escaneado con CamScanner

Colombia Compra Eficiente

## LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

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

| Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas | Objeto del contrato | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Valor | Contratista (singular o plural) | Contratante (sector público o privado) | Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8299 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 23/01/2017 | 01/03/2020 | 1.200000 | SINGULAR | PRIVADO | *UNIAGUSTINIANA* |
| 8299 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 1/03/2021 | 31/12/2021 | 2.197015 | SINGULAR | PUBLICO | SUBRED SUR OCCIDENTE |
| | | | | | | | |





Escaneado con CamScanner

SaludTotal EPS

Bogotá, Diciembre 2 de 2021

Señora:
HERNANDEZ TORRES MARY LUZ
CC. 1022341998
CR 89 D NRO 42 33 SUR - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 24 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ HERNANDEZ NICOLL ESTHEPFANY | 1022341045 | T | Feb-4-2015 | 65 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | NO VIGENTE | Jun-1-2016 | Traslado a Regimen Subsidiado | Ninguna |
| HERNANDEZ TORRES MARY LUZ | 1022341998 | C | Ene-24-2017 | 52 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| REDONDO HERNANDEZ VALERY CRISTINA | 1034783230 | R | Feb-4-2015 | 65 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | NO VIGENTE | Jun-1-2016 | Traslado a Regimen Subsidiado | Ninguna |
| CASALLAS HERNANDEZ DARIANN SAMANTHA | 1233516799 | R | May-13-2019 | 52 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| MARY LUZ HERNANDEZ TORRES | 1022341998 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |
| UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA | 1022341998 | Dependiente | CERRADO |
| UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA | 1022341998 | Dependiente | CERRADO |
| UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA | 1022341998 | Dependiente | CERRADO |
| UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA | 1022341998 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condicion de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 830 141 751-3

## CERTIFICA QUE:

**MARY LUZ HERNANDEZ TORRES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.341.998**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Escaneado con CamScanner

ARL | sura

Medellín, 04 de diciembre de 2021

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

## CERTIFICA:

Que MARY LUZ HERNANDEZ TORREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022341998 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 02/03/2021 **Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101
**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10223419982133877217

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 04/12/2021 9:26 PM

Dirección IP: 45.238.182.253, 198.143.56.30, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

Banco AV Villas

NIT. 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
**Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 677878949**

El Banco AV Villas certifica que: **Mary Luz Hernandez Torres**
identificada con el documento No. 1022341998, tiene en la oficina CTRO CCIAL TINTAL (677) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 677878949 desde el 22 de febrero de 2017.

Fecha de expedición: 04/12/2021



Escaneado con CamScanner

**Salud IPS SAS**
NIT. 900951582-1
Calle 127D # 53-80 Local 101 Tel. 368 48 19
322 883 5706 rhpositivosaludips@gmail.com

*Medicina General, Laboratorio Clínico, Salud Ocupacional (examen ingreso, egreso, periódicos, Audiometria, Visiometria), Manipulación alimentos: (Exámenes, curso y carnet) Domicilios.*

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CIUDAD | BOGOTA | FECHA | 06/12/21 | CERTIFICADO | 1 |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE | | | MARY LUZ HERNANDEZ TORRES | | |
| IDENTIFICACION | | | 1022341998 | | |
| NOMBRE DE LA EMPRESA | | | SUBRED | | |
| EMPRESA EN MISION | | | SUBRED | | |
| CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO) | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | 30/12/87 | DIRECCION | KR 89 # 42-33 SUR | TELEFONO | 3123055586 |
| EPS | SALUD TOTAL | ARL | N/R | AFP | N/R |



## EVALUACION REALIZADA

| TIPO DE EXAMEN | | PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | SI | PRUEBAS VESTIBULARES | | N/A | KOH UÑAS | | N/A | GLICEMIA | | N/A |
| PERIODICO | N/A | AUDIOMETRIA | | N/A | FROTIS GARGANTA | | N/A | PARCIAL DE ORINA | | N/A |
| EGRESO | N/A | VISIOMETRIA | | N/A | COPROLOGICO | | N/A | SEROLOGIA | | N/A |
| POST INCAPACIDAD | N/A | OPTOMETRIA | | N/A | PERFIL LIPIDICO COMPL. | | N/A | ALCOHOL | | N/A |
| MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OMA,CV | SI | ESPIROMETRIA | | N/A | TRIGLICERIDOS | | N/A | ABUSO DROGAS 5 ANALITOS | | N/A |

## ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRABAJO(AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

| AT | | SI | | NO | X | FECHA | | EP | SI | NO X | FECHA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA EL CARGO | SI | APTO PARA ALTURAS | | N/A | N/A |
| APTO PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES | N/A | EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO | | N/A | N/A |
| APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES | N/A | EXAMEN DE EGRESO NO SATISFACTORIO | | N/A | N/A |
| EXAMEN PERIODICO APTO SATISFACTORIO | N/A | NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | | N/A | N/A |
| EXAMEN PERIODICO APTO CON RECOMENDACIONES | N/A | RESTRINGIDO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | | N/A | N/A |
| APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | N/A | APLAZADO | | N/A | N/A |

| CONTROLES MEDICOS SUGERIDOS | | | | | | INCLUIR EN LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARDIOLOGIA | NO | NUTRICION | NO | MEDICINA INTERNA | NO | AUDITIVA | NO | QUIMICO | NO |
| ORTOPEDIA | NO | OTORRINOLARINGOLOGI | NO | NEUROLOGIA | NO | CARDIOVASCULAR | NO | RESPIRATORIO | NO |
| DERMATOLOGIA | NO | OFTALMOLOGIA | NO | MEDICINA LABORAL | NO | ERGONOMICO Y OSM | NO | VISUAL | NO |
| NEUMOLOGIA | NO | OPTOMETRIA | NO | VASCULAR PERIFERICO | NO | PISICOLABORAL | NO | OTROS | NO |

## RECOMENDACIONES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Exámen Médico Ocupacional Periodico | ANUAL | Uso de corrección Visual | NO |
| Realizar Pausas Activas Antes Durante y Despues de Jornada Laboral | SI | Remisión a EPS | NO |
| Capacitación Manejo de Cargas | NO | Aplicación de protocolo Antes Durante y Despues de la Jornada | SI |
| Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Aplicar distanciamiento Social | SI |
| Dieta y ejercicios rutinarios 30 minutos diarios | SI | Protocolo de Lavado de Manos, Uso de Tapabocas Obligatorio | SI |

PACIENTE SANO , NO PRESENTA SINTOMAS DE GRIPA . AUTOCUIDADO Y RECOMENDACIONES ANEXAS.

El evaluado declara que ha dado al médico con veracidad , para que disponga de ellos y sin omitir información sobre los antecedentes personales familiares y ocupacionales que puedan influir sobre su estado de salud o condición laboral. Declaro que no tengo impedimientos fisicos,mentales, sociales o psicologicos para desarrollar la labor contratada.Se le informa al empleador que debe seguir y realizar las recomendaciones registradas en el concepto. Autoriza al profesional para que suministre la información requerida para el buen cumplimiento del Programa de Vigilancia Epidemiológica de Medicina del Trabajo dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, consignadas en el concepto médico y en el diagnostico de salud. (Basado en la resolución 2346 de 2007)

| Nombre del Paciente | | Nombre del Médico |
|---|---|---|
| MARY LUZ HERNANDEZ TORRES | | DR.WILSON CRISTANCHO |
| Mary Hernandez | | Firma |
| C.C. 1022341998 | | Registro Médico : 79670821 LSO 4331 |

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010988125

Fecha de generación del carné: lunes, 06 de diciembre de 2021 05:38 p.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1022341998 |
| Nombres y Apellidos | MARY LUZ HERNANDEZ TORRES |
| Fecha de nacimiento: | 30/12/1987 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Neumo Polisacárido | Refuerzo | | | | |
| Neumococo | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Sarampión y Rubéola | Primera dosis | | | | |
| | Adicional | | | | |
| Td | Primera dosis | 04/08/2005 | Tetavax | | PREVIMEDIC S.A - KENNEDY |
| | Segunda dosis | 17/11/2009 | Tetavax | | |
| | Tercera dosis | 21/12/2018 | Toxoide Tetánico y diftérico | 221502016B | VIRREY SOLIS SEDE AMERICAS |
| Toxoide Tetánico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Triple viral | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| Varicela | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Varicela + Triple Viral | Única | | | | |
| VPH Bivalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| VPH Nona Valente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| VPH Tetravalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010988125

Fecha de generación del carné: lunes, 06 de diciembre de 2021 05:38 p.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1022341998 |
| Nombres y Apellidos | MARY LUZ HERNANDEZ TORRES |
| Fecha de nacimiento: | 30/12/1987 |

| Vacuna | Dosis | Fecha | Nombre comercial | Lote | Institución vacunadora |
|---|---|---|---|---|---|
| Anti - Rábica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| Antirrábica profiláctica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| BCG | Única | | | | |
| COVID - 19 | Segunda dosis | 29/04/2021 | Pfizer | ER9449 | HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - GRUPO EXTRAMURAL |
| DPT | Única | | | | |
| DPT Acelular | Única | 16/02/2019 | Bostrix | AC37B281AB | VIRREY SOLIS SEDE AMERICAS |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Fiebre tifoidea | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A, Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Influenza | Única | 14/07/2021 | GC FLU | V50221006 | GRUPO EXTRAMURAL - KENNEDY |
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | 15/06/2021 | Menveo | AMAA277A | GRUPO EXTRAMURAL - KENNEDY |
| Meningococo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| Neumo Conjugado | Única | | | | |
| Neumo Polisacárido | Primera dosis | | | | |

Escaneado con CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Mary Luz

Apellidos: Hernandez Torres

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual

No. 1022341998

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes 12 Año 1987

| Biologico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cedula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID 19 | 1 | 8-4-21 | Pfizer | EK1742 30-6-21 | USS Kennedy | Heidy Hernandez | 53088662 |
| | 2 | 29-4-21 | Pfizer | ER4449 | Plaza Artesanos | Snelder Duarte | 1097994329 |
| | | | | | | | |

Escaneado con CamScanner

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

**Señores Aspirantes;**

Considerando la situación actual del país frente a la pandemia del COVID 19 y la responsabilidad que tenemos como entidad prestadora de servicios de salud ESE de conocer de primera mano la información personal de cada uno de los aspirantes a vincularse a la entidad y ante la responsabilidad de evitar cualquier riesgo que pueda existir frente a su propagación; se requiere dar trámite de puño y letra de la siguiente información

**DECLARACION DE CONTACTOS Y ESTADO DE SALUD.**

| SI | NO | PREGUNTAS |
|---|---|---|
| | X | ¿Ha viajado en los últimos 14 días a áreas con circulación activa comunitaria de COVID 19? |
| | X | ¿Ha sido diagnosticado con coronavirus covid19 en el último mes? |
| | X | ¿Está esperando reporte de resultados para COVID 19 en el momento? |
| | X | ¿Ha estado en contacto con alguien sospechoso o diagnosticado con Coronavirus COVID 19 en los últimos 14 días ?. |
| | X | ¿Ha participado recientemente en alguna reunión o ha tenido contacto cercano con muchas personas por fuera de su hogar? |
| | X | Ha tenido en los últimos siete (7) días uno o más de estos síntomas: tos, fiebre, escalofríos, ¿dificultad para respirar o fatiga? |
| | X | Presenta factores predisponentes.<br><br>En caso de enfermedad crónica describa el tipo de patología: Hipertensión y/o Diabetes Mellitus) y Enfermedad de alto riesgo escriba en diagnostico según corresponda: (Cardiopatías, Patologías pulmonares, Enfermedades Autoinmunes, Cáncer, Pacientes Inmunosuprimidos.)<br><br>*Describa la patología:* _____ |

La información reportada en el presente documento la realizo bajo la gravedad del juramento y manifiesto que corresponde a la verdad, y autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de tener en cuenta como criterio de selección esta información en protección de mi vida y salud como derechos fundamentales protegidos por la Constitución Política Nacional, de acuerdo a los lineamientos y normatividad de bioseguridad establecidos por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia.

Nombre del Aspirante: Mary Luz Hernandez Documento N° 1022341998

Perfil Auxiliar de Enfermeria Fecha de la información 7/12/2021



Escaneado con CamScanner

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Género** | Femenino |
| **Carga** | Auxiliar de enfermeria |
| **Título** | Sr. |
| **Nombre completo** | María Luz Hernández Torres |
| **Nombre y apellido** | Maria Luz Hernández Torres |
| **Código del empleado** | 8299 |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 1022341998 |
| **Fecha de emisión** | |
| **Expedido por** | |
| **Fecha de expiración** | |
| **Dirección** | CR 89 d # 42 - 33 sur |
| **Código postal** | 57 |
| **Estado** | |
| **Municipio** | Bogota |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | marycitay26@gmail.com |
| **Teléfono** | 00 |
| **Celular** | 3123055586 |
| **Número de fax** | 00 |

## Configuracion

| | |
|---|---|
| **Zona horaria** | (UTC-05: 00) Bogotá, Lima, Quito |
| **Idioma** | Español (Colombia) |
| **Configuración regional** | Español (colombia) |

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál es tu apodo? |
| **Respuesta** | nene |
| **Celular** | 3123055586 |



Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C., 7 / 12 / 2021

Señores: IEDIT RODRIGO DE TRIANA

Dirección: CL 38 SUR 89 81

Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el título expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

| | |
|---|---|
| **Nombres** | MARY LUZ HERNANDEZ TORRES |
| **Documento de Identidad** | 1022341998 |
| **Título otorgado** | BACHILLER TECNICO |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 7 / 12 / 2006 |
| **Ciudad de expedición del título** | BOGOTA |

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

**Director**
**DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO**

**Autorización:** Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

**FIRMA**

Mary Luz Hernandez
**NOMBRE DEL COLABORADOR**
**CEDULA :1022341998**



Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C. 7/ 12 /2021

Señores: INSTITUTO INGABO

Dirección: CL 17 SUR 45 16

Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

| | |
|---|---|
| **Nombres** | MARY LUZ HERNANDEZ TORRES |
| **Documento de Identidad** | 1022341998 |
| **Título otorgado** | TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 6 / 07 / 2013 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | BOGOTA |

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

**Director**
**DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO**

**Autorización:** Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4° de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi titulo, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

**FIRMA**

Mary Luz Hernandez

**NOMBRE DEL COLABORADOR**
**CEDULA :1022341998** Bogotá D.C.,



Escaneado con CamScanner

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTACION PARA CONTRATISTAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión | 4 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 24/11/2021 | |
| | | Código | 04-02-FO-0001 | |

| PITEM | LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACION PARA CONTRATISTAS POR PRESTACION DE SERVICIOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | Propuesta de servicios dirigida al gerente de la Subred (Adjunto) | X | |
| 2 | Formato Único de Hoja de vida en original SIDEAP. Diligenciado al 100% y firmado **(Descargado del Sideap)** No se aceptan tachones ni enmendaduras y se requiere que los datos suministrados en HV, estén debidamente soportados para su verificación. Dirigido a la SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E | X | |
| 3 | Copia de la cedula de ciudadanía al 150% (Totalmente legible por las dos caras) | X | |
| 4 | Copia libreta militar (Hombres menores de 50 años). Al 150% Totalmente legible por las dos caras o certificado de su situación militar definida. | | |
| 5 | Diploma y acta de grado de bachiller (técnicos y auxiliares) | X | |
| 6 | Diploma y acta de grado que acredita como tal al auxiliar, técnico, tecnólogo o profesional según perfil requerido | X | |
| 7 | Diploma y acta de grado de especialidad según perfil requerido | X | |
| 8 | Fotocopia de tarjeta profesional y certificado de inscripción del ente regulador y de control y/o (RETHUS Técnicos – Profesionales- Especialistas (sector salud)) | X | |
| 9 | Copia de certificado de otros estudios (cursos, seminarios, especializaciones, etc) De acuerdo a perfil | X | |
| 10 | Soporte de convalidación de títulos ante el MINEDUCACIÓN en caso de **estudios en el exterior** (SI APLICA) | | |
| 11 | Copia de constancias laborales actualizadas conforme a lo relacionado en formato único de hoja de vida. | X | |
| 12 | Copia antecedente de la contraloría. | X | |
| 13 | Copias antecedentes disciplinarios – Procuraduría general de la Nación. | X | |
| 14 | Copia de antecedentes disciplinarios – Personería de Bogotá D.C. | X | |
| 15 | Copia de antecedentes disciplinarios – Policía de Bogotá D.C. | X | |
| 16 | Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC (Consultar página WEB). | X | |
| 17 | Copia del Registro de información Tributaria RIT | | |
| 18 | Formato único de bienes y rentas DAFP ley 1990 de 1995 **(Descargarlo del sideap)** Dirigido a la SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E | X | |
| 19 | Formato SARLAF T Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (Adjunto) | X | |
| 20 | Copia de RUT (Actualizado para el año actual). | X | |
| 21 | Declaración Juramentada (Adjunto) | X | |
| 22 | Formato de Constancia Persona natural no obligada a llevar contabilidad (Colombia compra eficiente) SECOP II (Adjunto) | X | |
| 23 | Lista de Contratos del proveedor con el Sector Público o privado (Colombia Compra eficiente) SECOP II (Adjunto) | X | |
| 24 | Certificado actual de afiliación de la EPS-SALUD. | X | |
| 25 | Certificado actualizado de afiliación al fondo de pensiones. | X | |
| 26 | Afiliación a la ARL (Solo en caso de estar afiliado). | X | |
| 27 | Certificación actual de cuenta bancaria. | X | |
| 28 | Examen pre ocupacional vigente Articulo 18 Decreto 723 de 2013 con **énfasis Osteo muscular** (verificar que la entidad se encuentre habilitada para realizar el examen) (Obligatorio) | | |
| 29 | Soporte de capacitación en materia de protección radiológica de los trabajadores ocupacionalmente expuestos; un certificado que haya adquirido los conocimientos en materia de protección radiológica dentro del pensum de su formación profesional (SI APLICA) | X | |
| 30 | Esquema de vacunación OBLIGATORIO (POR FAVOR REVISAR FINAL DEL ARCHIVO VER VACUNAS QUE APLICA | X | |
| 31 | Carnet de vacuna COVID19 (OBLIGATORIO). | X | |
| 32 | 04-02-FO-0029 Formato de consentimiento proceso de selección contingencia COVID 19 (Obligatorio) | X | |
| 33 | Pantallazo de su registro en Secop II. (Donde se validen sus datos personales). En caso de no tener usuario seguir el enlace adjunto. | X | |
| 34 | Formato consentimiento para la verificación títulos de hoja de vida (Obligatorio – Dirigido a la entidad donde realizo estudios, en caso de ser técnico o tecnólogo incluir formato por bachiller) | X | |



Escaneado con CamScanner

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTACION PARA CONTRATISTAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: | 4 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 24/11/2021 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0001 | |

| ITEM 2 | CURSOS QUE APLICA DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES A REALIZAR SEGÚN PERFIL Y SERVICIO |
|---|---|

| CURSO/EXAMEN | AUX. ENFERMERIA | ENFERMEROS | MEDICO GENERAL | BACTERIOLOGO | CONDUCTOR AMBULANCIA | CONDUCTOR ADMINISTRATIVO | AUX-TEC. MANTENIMIENTO | ODONTOLOGOS | AUXILIARES ODONTOLOGÍA | PSICOLOGO/TRABAJADOR SOCIAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Curso Soporte vital basico | X | | | | | | | | | |
| Avanzado | | X | X | | | | | | | |
| Curso Atención a victimas de violencia | X | X | X | | X | | | | | X |
| Curso Atención victimas con agentes Quimicos | X | X | X | | | | | | | |
| Certificado administración de medicamentos | | X | | | | | | | | |
| Certificado formación en toma muestras | X | | | | | | | | | |
| Curso cuidado a paciente donador | | | X | | | | | | | |
| Certificado en fomación en radio protección | | | APLICA (ESPECIALIDAD) | | | | | X | X | |
| Curso Manejo de trasfusión sanguinea (Banco de sangre). | | | | X | | | | | | |
| Curso primeros Auxilios | | | | | X | | | | | |
| Curso primer respondiente | | | | | X | | | | | |
| Curso conducción vehiculos de emergencia (OVEM o MOVE) | | | | | X | | | | | |
| Curso manejo defensivo | | | | | | X | | | | |
| Curso de Alturas | | | | | | | X | | | |
| Examen de Ingreso con enfasis osteomuscular | X | X | X | X | | | | X | X | X |
| Examen de Ingreso con enfasis osteomuscular + trabajo seguro en alturas | | | | | | | X | | | |
| enfasis osteomuscular + conducción | | | | | X | X | | | | |

**Nota:** Los cursos en mención **SOLO** aplica para perfiles asistenciales **NO** sa

Escaneado con CamScanner

| ITEM 3 | ESQUEMA DE VACUNACIÓN |
|---|---|

| PERFIL | HEPATITIS B | COVID - 19 | INFLUENZA (ANUAL) | TRIPLE VIRAL | TÉTANOS | VARICELA | ANTIRRÁBICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA Y CAMILLEROS | X | X | X | X | X | X | |
| ENFERMERO PROFESIONAL | X | X | X | X | X | X | |
| BACTERIOLOGO, AUXILIARES DE BACTERIOLOGIA | X | X | X | X | X | X | |
| MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS (NO EXPUESTOS A RADIACIONES IONIZANTES, NI A FORMALDEHIDO) | X | X | X | X | X | X | |
| ODONTOLOGOS GENERALES, ODONTOLOGOS ESPECIALISTAS, AUXILIARES DE ODONTOLOGIA E HIGIENISTA ORAL (NO EXPUESTOS A RADIACIONES IONIZATES) | X | X | X | X | X | X | |
| MEDICOS ESPECIALISTAS: TECNICO DE IMÁGENES DX. ODONTOLOGOS GENERALES Y ESPECIALISTAS, AUXILIARES DE ODONTOLOGIA (EXPUESTOS A RADIACIONES IONIZANTES) | X | X | X | X | X | X | |
| OPTOMETRAS | | X | X | | | | |
| INSTRUMENTADOR | X | X | X | X | X | X | |
| TERAPEUTAS: (Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudilogia, Psicologas, Trabajo social, Terapeuta Respiratoria ) | X | X | X | X | X | X | |
| PATOLÓGOS, AUXILIARES DE PATOLOGIA (Personal Expuesto a Formaldehido) | X | X | X | X | X | X | |
| QUIMICOS FARMACEUTICOS DE CENTRAL DE MEZCLAS ONCOLOGICAS | X | X | X | | X | | |
| QUIMICOS FARMACEUTICOS - INGENIEROS BIOMEDICOS - (Manejo de gases medicinales)Químico Farmaceutico, ingeniero biomedico, personal de mantenimiento) | | X | X | | X | | |
| AUXILIAR DE NUTRICION: (auxiliares de cocina, auxiliares de preparacion de mezclas de nutricion) | X | X | X | X | X | X | |
| MANTENIMIENTO (PERSONAL EXPUESTO A TAREAS DE ALTO RIESGO INCLUYE TRABAJO EN ALTURAS) | X | X | X | | X | | |
| SERVICIOS GENERALES | X | X | X | X | X | X | |
| PERSONAL DE SALUD PUBLICA: MEDICOS VETERINARIOS Y TECNOLOGOS AMBIENTALES (Especialistas y Generales) | | X | X | | X | | X |
| PERSONAL DE SALUD PUBLICA (agentes de cambio, teritorial, comunitarios, participacion social, primer contacto, auxiliares de enfermeria, profesionales de la salud, Ingenieros) | X | X | X | | X | | |
| SALUD PUBLICA: (FUNCIONARIOS DE FUMIGACION) | | X | X | | X | | |
| SALUD PUBLICA: FUNCIONARIOS QUE REALICEN TRABAJOS EN ALTURAS (CARROTANQUES) | | X | X | | X | | |
| CONDUCTORES | X | X | X | X | X | X | |
| RADIOOPERADOR | X | X | X | | X | | |
| FACTURACION, AUXILIARES DE FACTURACION. | | X | X | | | | |
| AUXILIARES ADMINISTRATIVOS: Secretaria ejecutiva y de area, Tecnicos administrativos, Auxiliar administrativo, digitador, asistentes, estadistica, juridico, farmacia, | | X | X | | | | |



Escaneado con CamScanner

Recuerde que toda la documentación debe estar ordenada y numerada los documentos PDF de acuerdo a la lista de Chequeo.

Mary Luz Hernandez Torres- Auxiliar de enfermeria

NOMBRE Y APELIIDOS DEL RESPONSABLE DE VERIFICACION DE LISTA DE CHEQUEO (PERFIL)



Escaneado con CamScanner