

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1024530809.

Numero de Documento

Sura.

ARL

Lady

Primer Nombre

Katherine

Segundo Nombre

Casas

Primer Apellido

Barzon.

Segundo Apellido

17 106 11992

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

dl645x #72-83

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Compensor

EPS - Salud

Protección.

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Enfermera

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

lcasas809@uan.edu.co

Correo Electrónico

302288 8028

Celular

LADY CASAS.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

ADATOS GENERALES DEL CONTRATANTE	
PROCESO SOLICITANTE	FECHA
NOMBRE DEL CANDIDATO	DOCUMENTO
TELÉFONO	ACREDITACIÓN DEL EMPLEO

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO
 (FIRMA DE LAS DOS PARTES).
 TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FÍSICO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐
DOCUMENTOS PERSONALES PARA LA ELABORACIÓN DEL CONTRATO			
1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI ☒	
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 198 de 1995)	SI ☒	
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 198 de 1995)	SI ☒	
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	N/A ☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒	NO ☐
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06959 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☐
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒	N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☐	N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIU <u>0692</u> - FECHA <u>30/11/17</u>	SI ☒	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☐
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☒	N/A ☐
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☐	N/A ☐
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☒	N/A ☐
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes / 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) VO O TITULACIÓN (nuevas)	SI ☒	N/A ☐
19	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒	
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☐
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☐
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, estación ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☐
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☐
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☐
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☐
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) - Completamente diligenciado	SI ☒	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: <u>Compartar</u>	SI ☒	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: <u>Protección</u>	SI ☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: <u>Sxa</u>	SI ☒	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuentas)	SI ☒	

AD VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA SOLICITACIÓN	
V. B. P. Proceso Solicitante V. B. P. Talento Humano V. B. P. Contabilidad	Fecha: Fecha: Fecha:

Confirmación de registro de la entidad

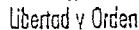
Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Lady Katherine Casas Garzon,

lady katherine casas garzon con el NIT 1024530809 creada

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

Haga clic aquí para continuar >



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

ENTIDAD RECEPTORA

PRIMER APELLIDO Casas		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Garzón		NOMBRES lady Katherine	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1024530809		SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS Colombia	
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO _____ D.M. _____	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 17 MES 06 AÑO 1992			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cl 64 Sur # 12-83.		
PAÍS Colombia			PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca		
DEPTO Cundinamarca			MUNICIPIO Bogotá		
MUNICIPIO Bogotá			TELÉFONO 302800000 EMAIL casasgarzon@medu		

[illegible]

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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



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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá 27 de agosto 2018

LADY CASAS.

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

DECLARACION JURAMENTADA

DECLARACION JURAMENTADA

YO, Ledy Katherine Casas Garzon.

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 1024530809 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: -

País Colombia. Departamento Cundinamarca. Municipio Bogotá.

Dirección Cll 64 Sur # 72-83 Teléfonos 302 288 8028

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARIENTESCO
<u>Jose Orlando Casas yaya</u>	<u>80.263.111</u>	<u>Padre</u>
<u>Maria Eugenia Garzon yaya</u>	<u>39-639-352.</u>	<u>Madre</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCION 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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	<u>11'224.480</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Cauvienda</u>	<u>Ahorro</u>	<u>004870376334</u>	<u>Tunal.</u>	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Universidad	Estudio	500.000

12. 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 ☐ 1 NO ☒ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION N°
C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3

2. ACTIVIDADES ECONOMICAS PRIVADAS

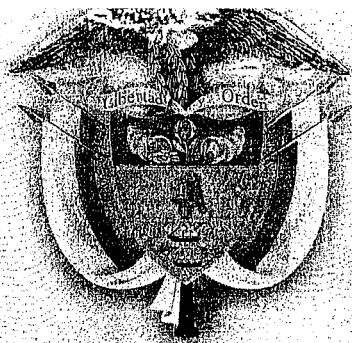
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

LADY CASAS
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 27 agosto 2010
CIUDAD Y FECHA



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

Colegio Ismael Perdomo Institución Educativa Distrital

Resolución 19-001 de 28 de Noviembre de 2008
Secretaría de Educación Distrital, Dirección Local de Educación Ciudad Bolívar.
Decreto Distrital 330 de 6 de Octubre de 2008

Confiere a:

Lady Katherine Casas Garzon

Identificado (a) con T.I No. 92061760131

El Título de

Bachiller Académico

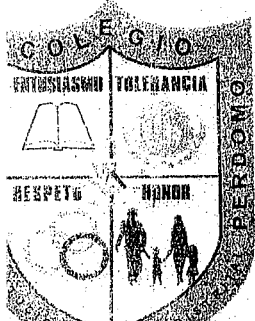
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a
Nivel de Educación Media Académica
Artículo 28 y 29 Ley 15 de 1994, según los planes y programas vigentes
Que esta fotocopia
que he tenido a la

18 ENE 2010

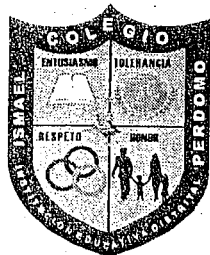
Fecha:

Netali Díaz Rodríguez
Netali Díaz Rodríguez
c.c. 8.298.485 de Medellín
Rector (a)

Rosario Cortés de Segura
Rosario Cortés de Segura
c.c. 41.640.904 de Bogotá
Secretaria



Registro Interno



COLEGIO ISMAEL PERDOMO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
NIT. 830.041.525-1

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
JORNADA MAÑANA
CÓDIGO ICFES 130351

En la ciudad de Bogotá D.C, a los (06) días del mes de **Diciembre** de **dos mil nueve (2009)**, se reunieron los suscritos Rector y Secretaria, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado de Educación Media, en la Rectoría del **COLEGIO ISMAEL PERDOMO INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL**, Aprobado según Resolución 19-001 de 28 de Noviembre de 2008 Secretaria de Educación de Bogotá, Dirección Local de Educación Ciudad Bolívar. Decreto Distrital 330 de 6 Octubre de 2008, en el Nivel de Educación Media Académica, quién le autoriza para otorgar el **Título de Bachiller Académico**.

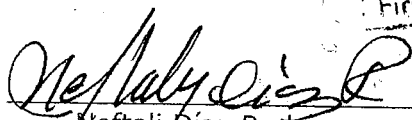
Una vez comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO**, al graduando cuyos Nombres, Apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

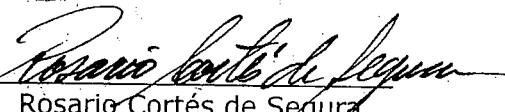
Lady Katherine Casas Garzon
T.I 92061760131

Es fiel copia tomada de la Acta Original General N° 02 De fecha Diciembre 06 de 2009 que consta de 98 estudiantes que comienza con el nombre de Jeimy Paola Aceros Álvarez y cierra con el nombre de Danyssa Yessela Yepes Murillo

Firmado por NEFTALI DÍAZ RODRIGUEZ (Rector) y ROSARIO CORTÉS DE SEGURA (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C, a los 06 días del mes de Diciembre de 2009.


Neftali Díaz Rodríguez
C.C 8.298.485 de Medellín
Rector (e)


Rosario Cortés de Segura
C.C 41.640.904 de Bogotá
Secretaria

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERÍA JURÍDICA 4571 DE 1977



CONFIERE EL TÍTULO DE ENFERMERA

A

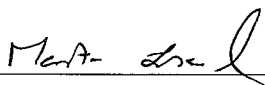
Lady Katherine Casas Garzón

C.C. No. 1.024.530.809 de Bogotá D.C

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS 14 DIAS DEL MES III DE 2018


RECTOR


VICE RECTOR ACADEMICO


DECANO DE LA FACULTAD


SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 26-4 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 28

BOGOTÁ, D.C. 15 DE III DE 2018

No. 49702

ELABORÓ _____

ACTA DE GRADO NUMERO 49702

El Rector de la Universidad, el Decano de la facultad y el Secretario General, teniendo en cuenta

Que el estudiante **LADY KATHERINE CASAS GARZÓN**

Con cédula de ciudadanía No. 1.024.530.809 de Bogotá D.C

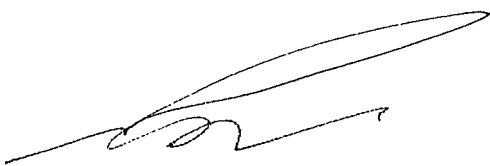
Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de **ENFERMERIA**

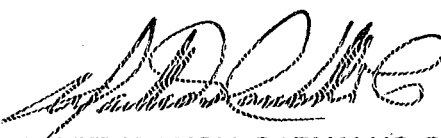
De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de:

ENFERMERA

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de grado, en la ciudad de Bogotá a
los 14 días del mes de MARZO de 2018


MARTHA ALICE LOSADA FALK
RECTOR


WIMBER ORTIZ MARTINEZ
DECANO


MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
SECRETARIA GENERAL



**Instituto Nacional
de Cancerología-ESE**

Colombia

Por el control del cáncer

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social

EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Empresa Social del Estado

LADY KATHERINE CASAS GARZON

Participó en el curso **virtual**

Detección temprana de cáncer de mama

con una intensidad de 40 horas en calidad de

Asistente

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., el 7 de septiembre de 2017
ACREDITA QUE APROBO CURSO VIRTUAL - PENDIENTE CERTIFICAR PRÁCTICA

JACQUELINE WIESNER

Doctora Carolina Wiesner C
Directora General (E)
Instituto Nacional de Cancerología ESE



Instituto Nacional
de Cancerología-ESE

Colombia

Por el control del cáncer

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social

EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Empresa Social del Estado

LADY KATHERINE CASAS GARZON

Participó en el curso virtual

Técnicas de Inspección Visual del cuello uterino VIA-VILI

con una intensidad de 50 horas en calidad de

Asistente

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., el 14 de septiembre de 2017

Carolina Wiesner

Doctora Carolina Wiesner C

Directora General (E)

Instituto Nacional de Cancerología ESE



**Instituto Nacional
de Cancerología-ESE**
Colombia
Por el control del cáncer

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Empresa Social del Estado

LADY KATHERINE CASAS GARZON

Participó en el curso virtual

Actualización en Toma de citología de Cuello Uterino
con una intensidad de 40 horas en calidad de

Asistente

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., el 26 de septiembre de 2017
ACREDITA QUE APROBO CURSO VIRTUAL - PENDIENTE CERTIFICAR PRÁCTICA

J. A. G. I. N. A. WIESNER

Doctora Carolina Wiesner C
Directora General (E)
Instituto Nacional de Cancerología ESE

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Antonio Nariño
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Lady Katherine Casas Garzón en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E sobre la idoneidad de mi título académico como:

Enfermera
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

LADY CASAS

No. de documento:

7024530809

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Calle 64 Sur # 72-83

Teléfono:

302 288 8028

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.530.809

CASAS GARZON

APELLIDOS

LADY KATHERINE

NOMBRES

LEIDY KATHERINE CASAS

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-JUL-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00254885-F-1024530809-20100913

0023886303A 1

35111350



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

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

Secretaría de Hacienda

Fecha: 23/08/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 1024530809

LADY KATHERINE CASAS GARZON

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 64 72 83
Teléfonos: 7766834
Dirección electrónica: lcasas809@uan.edu.co
Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC
Fecha de inscripción: 28/02/2018
Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica:	PERSONA NATURAL	Régimen tributario:	SIMPLIFICADO	Fecha desde:	NO REGISTRA
Fecha inicio de Actividades:	01/01/2015	Fecha de cese de Actividades:	NO REGISTRA	No. Establecimientos:	0

Actividad 1:
Actividad 2:
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

LADY KATHERINE CASAS GARZON

C.C. 1.024.530.809

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2018-03-14

FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2018-05-03



15462

Crear-ID.com | 921 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad
con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la
Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Tipo de identificación *

Cédula de ciudadanía

Número de identificación *

1024530809

Primer Nombre *

lady

Primer Apellido *

casas

Limpiar

Resultado General - 2010-08-23 - 6:37:18 PM

Tipo identificación	Nro identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1024530809	LADY	KATHERINE	CASAS	GARZON	Ver

Información Detallada [CC: 1024530809] LADY KATHERINE CASAS GARZON

2010-08-23 - 6:37:18 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen	Entección	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNIV	Local		ENFERMERIA		2010/5/03	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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 acreditan 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).



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LADY KATHERINE CASAS GARZÓN** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.024.530.809, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veinticuatro (24) días del mes de agosto del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada secretaria

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **OSAS GARZON**

Apellidos: **LADY KATERINE**

Documento de Identidad: CC ☒ TI ☐ PASA PORTE ☐ No. **102453089**

Fecha de Nacimiento: Día: **17** Mes: **06** Año: **1992**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	09-05-13	022NDZ1	H. REEDER
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	9 NOV 2010	Y666666	
	4	24-02-15	024B2011D/15	
	5	14/08/16	DZZ73	JOHANN CARVAJAL
Contra Hepatitis B	1	16 NOV 2010	043104	
	2	03-03-17	017 DIC 2010	
	3	03-03-17	017 ENE 2011	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	07-12-09	B6162	12 años	NIDQ
Contra Influenza				
Otras				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en: www.inmunosalud.com

CODIGO DE PRESTADOR: 10001779001
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO: 10001779002

tanial salud

NOMBRES: Joidy Cordero Garzon

DOCUMENTO: 1024530809

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS (REFERIDO)	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	4			
HEPATITIS A	1			
	2			

1. TETANICO DIFTERICO

TRIPLE VIRAL

DOSIS (REFERIDO)	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
1			
2			
3			
4			
5			
6			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en: www.inmunosalud.com

CODIGO DE PRESTADOR: 10001779001
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO: 10001779002

tanial salud

NOMBRES: Joidy Cordero Garzon

DOCUMENTO: 1024530809

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS (REFERIDO)	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	4			
HEPATITIS A	1			
	2			

1. TETANICO DIFTERICO

TRIPLE VIRAL

DOSIS (REFERIDO)	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
1			
2			
3			
4			
5			
6			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en: www.inmunosalud.com

CODIGO DE PRESTADOR: 10001779001
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO: 10001779002

tanial salud

NOMBRES: Joidy Cordero Garzon

DOCUMENTO: 1024530809

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS (REFERIDO)	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	4			
HEPATITIS A	1			
	2			

1. TETANICO DIFTERICO

TRIPLE VIRAL

DOSIS (REFERIDO)	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
1			
2			
3			
4			
5			
6			

DATOS DEL PACIENTE

Bogotá D.C, 21/jul/2016 12:56 pm

Nombres: LADY KATHERINE CASAS GARZON
Tipo de Documento: CC Documento 1024530809
Sexo: F **F. Nacimiento:** 17/jun/1992 **Edad:** 24.1 años
Entidad: PACIENTE PARTICULAR **Cargo:** AUXILIAR ENFERMERIA



CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD

Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de **INGRESO**, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

1	APTO (A) FISICA Y MENTALMENTE PARA EL CARGO	Si	X
2	CON RESTRICCION TEMPORAL PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si	
3	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si	

Tipo de Restriccion: NINGUNA

Duración:

Recomendaciones: SI

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.	
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:	
X	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida	
	Consulta optometria para formula de trastorno refractivo	
	Otras:	
Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica		SI
C.VISUAL	X C.AUDITIVO	R.BIOMECANICO
RIESGO QUIMICO		NUTRICIONAL
		CARDIOVASCULAR
		PREVENCION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda	Optometria	Agudeza Visual	Visiometria
Espirometría		Audiometría	Frotis Garganta	KOH	RH
Glucosa		Hemograma	Serología	P. Alcohol	Coprológico
E.K.G.		Manipulación de Alimentos	Vacuna Tétanos	Enfasis Cardiovascular	P. de O
Perfil Lipídico		Psicométrico	F. Hepática	Alturas	Baciloscopia (BK)
					Drogas
					Creatinina

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad sera causa justa de finalización del contrato.

ANÁLISIS Y CONCEPTO: DR. (A): VIVIANA OSPINA ORTIZ ESP SO 4633/2014

Bogotá D.C, 21/jul/2016 12:56 pm

Viviana Ospina Ortiz M.D.

ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
 LICENCIA No. 4633 DEL 15/04/2014

R.M.1863

Especialista Salud Ocupacional

LADY CASAS

Firma Examinado

C.C. No 1024530809.



* BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
 Calle 19 No. 3-50 Piso 12 Edificio Barichara
 Tels.: (+1) 281 4505 - 286 5893 - 286 5382

SEDE CENTRO
 Cra. 5 No. 19-08
 Tels.: (+1) 282 6429 - 342 4934

SEDE OCCIDENTE
 Av. Cra. 68 No. 17-82
 Tels.: (+1) 447 0058 - 447 1401 - 414 6387

SEDE BARRANQUILLA
 Cra. 518 No. 94-334
 Centro Médico Vital - Consultorio 504
 Tels.: 311 664 7338

SEDE NORTE
 Autopista Norte No. 83-29
 Tels.: (+1) 805 1875 - 610 5776 - 610 5771

SEDE SUR
 Autopista Sur (Transversal 35) No. 328 - 42 Sur,
 Villamayor | Tels.: (+1) 458 5819 - 203 9694

VILLAVICENCIO
 Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto
 Tels.: (+8) 674 0916 - 674 0915

SEDE ZONA FRANCA
 Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Business Center
 Interior 141 - Oficina 408

CARTAGENA DE INDIAS
 Calle 32 No. 9-45 La Matuna piso 7, Antiguo
 Banco Del Estado Tels.: (+5) 660 0152 - 660 0807

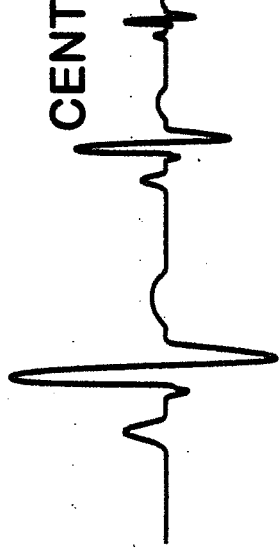
BUENAVENTURA
 Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
 Trade Center | Tels.: (+2) 240 4734 - 240 2055

MEDELLÍN
 Carrera 80 No. 44 B - 91 Barrio La América
 Tels.: (+4) 412 1145 - 415 7011

CAJÍ
 Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versalles
 Tels.: (+2) 380 9956 - 382 7337

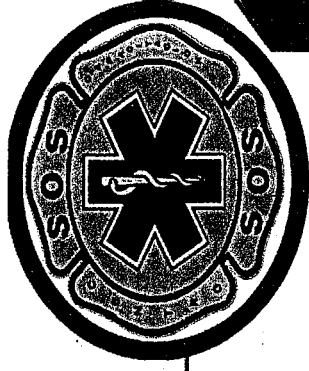
www.cendiatra.com

* SENE CERTIFICADA



**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE:

LADY KATHERINE CASAS GARZON

c.c. 1.024.530.809

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VISUAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO
CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de Julio de 2016.

Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora
3482

David Londoño
Sub Dirección Académica

TEL: 8069582 CEL: 3192978634
3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

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

FECHA: 21/06/19 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá

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

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

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

DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: casas SEGUNDO APELLIDO: García PRIMER NOMBRE: Lady SEGUNDO NOMBRE: Katherine

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No. IDENTIFICACIÓN: 1024530809 LUGAR EXPEDICIÓN: Bogotá FECHA EXPEDICIÓN: 2010/07/16
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 13/06/92 LUGAR NACIMIENTO: Bogotá D.C. PAÍS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASA ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: NÚMERO DE HIJOS: TELÉFONO CELULAR: 327088028

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ CUAL: PROFESIÓN: Enfermera

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Alcay #32-83 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS RESIDENCIA: Colombia TELÉFONO RESIDENCIA:

CORREO ELECTRÓNICO: lcasas809@unimeduco PORTAL O PÁGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELÉFONO/FAX:

DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No. IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN: FECHA EXPEDICIÓN:
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA... CUAL:
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒
CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8296 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRADOR DE RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIA ☐		# NIT	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: ☒			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
CARGO ACTUAL				FECHA DE VINCULACIÓN	
SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	
				DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
				FECHA CONSTITUCIÓN	
				TIPO SOCIEDAD	
INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES	
ARRENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS		OTROS EGRESOS		OTROS ACTIVOS	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		TOTAL ACTIVOS	
\$ 0		\$ 0		\$ 0	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	
REFERENCIAS PERSONALES					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
Sierra		Torres		Fanny	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN	
Calle C # 87 K - 09		Bogotá/Andino/Colombia			
				TELÉFONO FHO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR	
REFERENCIAS FINANCIERAS					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
Caja Cenda		Ahorros		Caja 7036339	
				SUCURSAL	
				TELÉFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
				PAÍS/CIUDAD	
				MONEDA	
				MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS					
IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: ☐					
DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando fe de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 069 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".					
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.).					
Enfermera					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)					
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas					
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.					
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.					
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
<p>9. DOCUMENTOS REQUERIDOS:</p> <p>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</p> <p>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 RR Distrital. 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 5. Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado (si esta obligado a declarar) 6. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes; certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad) APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público. NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
<p>10. AUTORIZACIÓN, REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO: AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL DE SERVICIOS DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE ACREDITADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.</p>		
<p>CONSIDERACIONES:</p> <p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
<p>AUTORIZACIÓN:</p> <p>Para efectos de la presente autorización, entendiéndose por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>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:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, demandante, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento. 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p> <p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 3 44 44 84, e-mail: saltafi@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO. 9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de</p>		

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

LADY CASAS

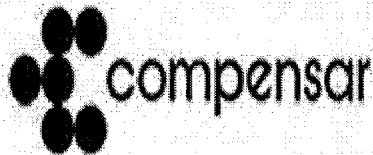
Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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

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



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LADY KATHERINE CASAS GARZON identificado(a) con cedula ciudadanía 1.024.530.809, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	339

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Agosto de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10028466

CER-AFI



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASAS GARZON LADY KATHERINE** identificado(a) con CC número **1.024.530.809** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de agosto de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de agosto de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

201808231831



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
HOSPITAL LA VICTORIA

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1624530809

Numero de Documento

Sora

ARL

Lady

Primer Nombre

Katherine

Segundo Nombre

Casas

Primer Apellido

Garzón

Segundo Apellido

17/06/1992

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

dl 645x # 72-83

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

EPS - Salud

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

lcasas809@van-educ.co

Correo Electrónico

3022888028

Celular

LADY CASAS

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Carrera 12d N° 26a - 62 Tel: 596 66 00 Ext. 1006 - 1018

Medellín, 23 de agosto de 2018

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

CERTIFICA:

Que LADY KATHERINE CASAS GARZON identificado(a) con cédula de ciudadanía 1024530809 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 19/10/2016

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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 SEVICIOS 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%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

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: C10245308091823564675

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

23/08/2018 5:57 PM

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 114217060



WEB
19:04:26
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LADY KATHERINE CASAS GARZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024530809:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 23 de agosto de 2018, a las 19:07:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1024530809
Código de Verificación	1024530809180823190727

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



Bogotá D.C., 23 de Agosto de 2018 - 19:33 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) **LADY KATHERINE CASAS GARZON**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS NUEVE** de BOGOTÁ, D.C.

1024530809

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

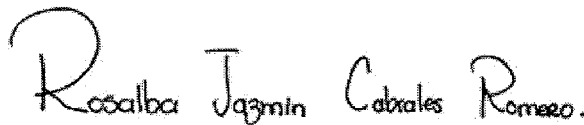
Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.



ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **8_SGUCR_3319**

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:36:47 horas del 23/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1024530809

Apellidos y Nombres: CASAS GARZON LADY KATHERINE

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/08/24

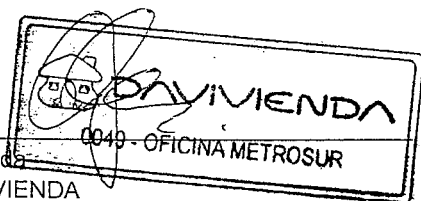
Por medio de la presente hacemos constar que la señora LADY KATHERINE CASAS GARZON
con Cédula de Ciudadanía número 1024530809
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 004870376334

Fecha Apertura 2012/09/07

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA



ALCALDE MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Hacienda

Secretaría de Hacienda

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

Fecha: 03/09/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 1024530809

LADY KATHERINE CASAS GARZON

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 64 72 83
Teléfonos: 3014313951
Dirección electrónica: lcasas809@uan.edu.co
Ciudad: Bogotá, D.C.
Municipio: Bogotá DC
Fecha de Inscripción: 28/02/2018
Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL
Régimen tributario: SIMPLIFICADO
Fecha desde: NO REGISTRA
Fecha inicio de Actividades: 13/07/2012
Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA
No. Establecimientos: 0

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

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



2. Concepto: **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14480763892



(415)7707212489984(8020) 0000014480763892

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 4 5 3 0 8 0 9

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

1 0 2 4 5 3 0 8 0 9

27. Fecha expedición:

2 0 1 0 0 7 1 6

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CASAS

32. Segundo apellido

GARZON

33. Primer nombre

LADY

34. Otros nombres

KATHERINE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 64 SUR 72 83 BRR PERDOMO

42. Correo electrónico:

lcasas809@uan.edu.co

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

7 7 6 6 8 3 4

3 0 1 4 3 1 3 9 5 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 2 0 7 1 3

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

0

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
53. Código:	2	0																							

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 9 0 3

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CASAS GARZON LADY KATHERINE

985. Cargo: CONTRIBUYENTE