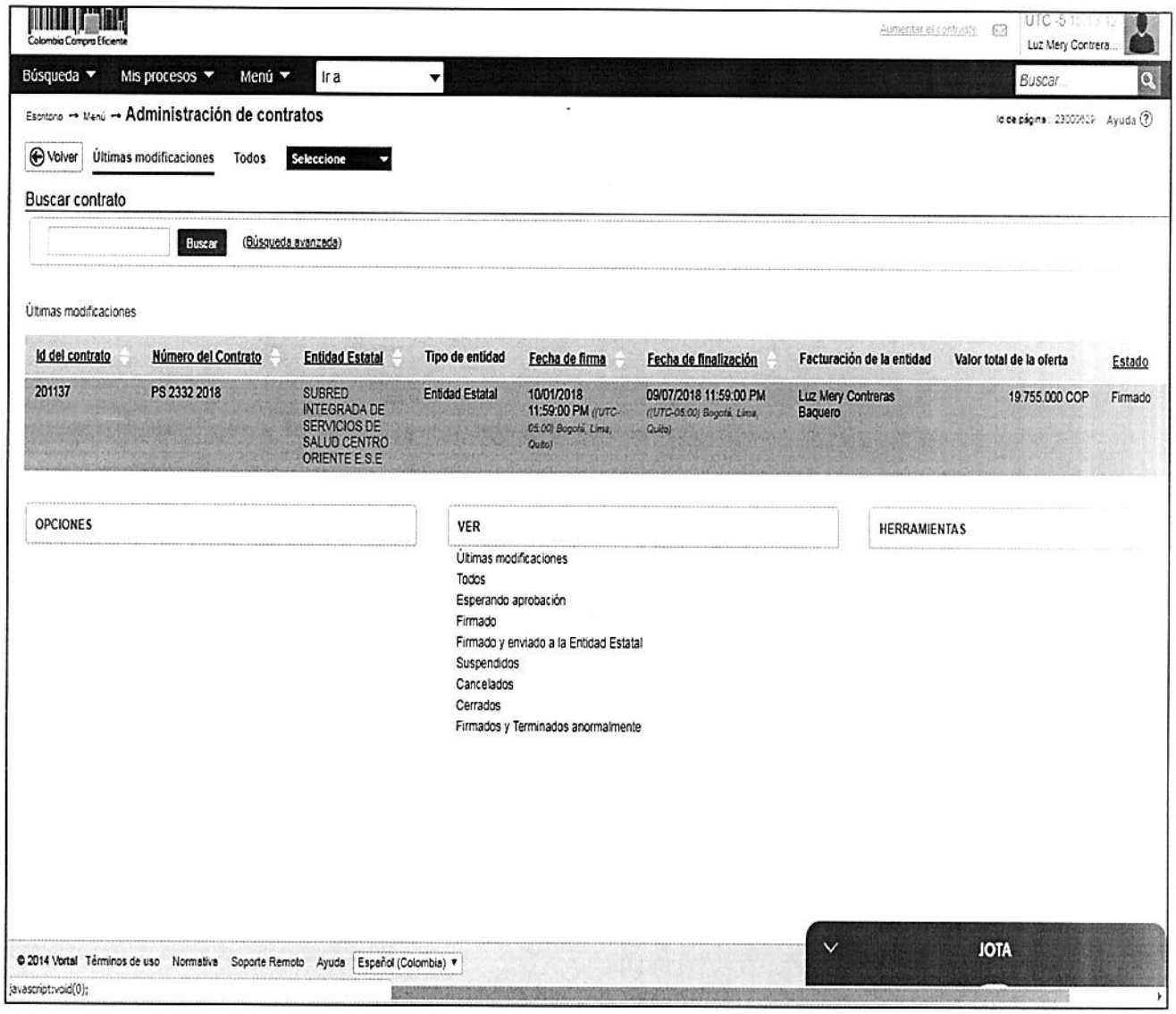

Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
Luz Mery Contrera...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Id de página: 23000629
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
201137
PS 2332 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
10/01/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
09/07/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Luz Mery Contreras Baquero
19.755.000 COP
Firmado
OPCIONES
VER
HERRAMIENTAS
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
javascript:void(0);

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CONTRERAS	BAQUERO	LUZ MERY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 35513903

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES MAY AÑO 1969

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 58 N0 139-62

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3006764

EMAIL lcontreras.tecnicofacturacion@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 ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1999
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	6	X		ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD			

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED CENTROORIENTE E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: lcontreras.tecnicofacturacion@gmail.com	
TELÉFONOS: 32020161054	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: TECNICO ANALISTA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA*: FACTURACION	*DIRECCIÓN*: AC 20 SUR No. 8 22	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: lcontreras.tecnicofacturacion@gmail.com	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 1 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: ANALISTA DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA*: FACTUARCION	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 34 No. 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: VCO VALENCIA CONSULTORES Y OUTSOURCING	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: lcontreras.tecnicofacturacion@gmail.com	
TELÉFONOS: 3202161054	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 8 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 4 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: TECNICO ANALISTA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA*: CUENTAS MEDICAS	*DIRECCIÓN*: KRA 9 N0 61-81 OFICINA 503	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL BOSA II NIVEL ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: lcontreras.tecnicofacturacion@gmail.com	
TELÉFONOS: 7764128	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 6 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 2 MES 8 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: ANALISTA DE SFACTURACION	*DEPENDENCIA*: FACTURACION	*DIRECCIÓN*: CALLE 65 D SUR N0 88 D 44	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: lcontreras.tecnicofacturacion@gmail.com	
TELÉFONOS: 3202161054	*FECHA DE INGRESO*: DIA 20 MES 2 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 4 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE FACTURACION	*DEPENDENCIA*: FACTURACION	*DIRECCIÓN*: TRANVS 100 N0 80- A 50	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	8	9
PRIVADO	0	7
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento 13-12-2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 35513903 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CRA 58 N0 139-62 **Teléfonos** 3202161054 3006764

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALDANA CONTRERAS MANUEL ALEJANDRO	1015431775	HIJO(A)
KATERINE LIZZETT ALDANA CONTRERAS	1019052589	HIJO(A)
JHONATHAN ALEXANDER ALDANA	1019030628	HIJO(A)
JUAN GABRIEL ALDANA CONTRERAS	1022339210	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	$ 26.340.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 26.340.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	451870075426	PLAZA IMPERIAL	$ 2.300,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá D.C.
Secretaría de Educación
Subsistema Distrital de Educación de Jóvenes y Adultos
Acuerdo de Creación Nº 23 de 1994 del Honorable Concejo de Santafé de Bogotá

Colegio Distrital Gustavo Morales Morales

Jornada Nocturna

Autorizado por la Secretaría de Educación según Resolución 5239 del 28 de Noviembre de 1994
Programa [illegible] de Jóvenes y Adultos
Resolución 5239 de 1994 S.E.D.

Teniendo en cuenta que:

Luz Mery Contreras Baquero

C.C 35.513.903 DE BOGOTA

Terminó satisfactoriamente los estudios Correspondientes a la Educación Media y fue aprobado en todos los exámenes reglamentarios según las normas vigentes.

Confiere el Título de

Bachiller Académico

En Constancia se firma

Rector (a)

Secretaria Académica

Dado en Santafé de Bogotá, a los 7 días del mes de Diciembre de 1999

No requiere registro según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO

Con Cédula de Ciudadanía No. 35.513.903

Cursó y aprobó la acción de Formación

SERVICIO AL CLIENTE

Con una duración de 30 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D. C. a primer (1) día del mes de Septiembre de Dos Mil Nueve (2009)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

01/09/2009
Fecha Registro

Scanned by CamScanner

Alcaldía Mayor de
Santa Fe de Bogotá, D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

·ACTA INDIVIDUAL DE GRADO·

COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO «GUSTAVO MORALES MORALES»

SUBSISTEMA DISTRITAL DE EDUCACIÓN DE JÓVENES Y ADULTOS
Acuerdo de Creación Nº 23 de 1994 del Honorable Concejo de Santa Fe de Bogotá, D.C.
Resolución de Aprobación Nº 5239 del 28 de Noviembre / 94

PROGRAMA:

PROYECTO EDUCATIVO DE JÓVENES Y ADULTOS

Resolución Nº 3479 de 1999 S.E.D.

[redacted] INSCRIPCIÓN S.E.: 6517 INSCRIPCIÓN DANE: 11100175513 [redacted]

En la ciudad de SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., a los 7 días del mes de DICIEMBRE del año 1999, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los educandos de la Fase 8 (Grado Undécimo) del Programa de Educación de Jóvenes y Adultos, los suscritos Rector y Secretaria del **COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO «GUSTAVO MORALES MORALES»** en la Rectoría de dicho plantel educativo, aprobado oficialmente hasta Grado Undécimo de la Educación Media, para analizar la situación legal y académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la Educación Media.

Verificando el cumplimiento legal y académico, según normas vigentes, por dichos educandos, se procedió a otorgar El Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

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

LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO

Identificado (a) con C.C Nº 35.513.903 de Santa Fe de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº. 05, de fecha 07 de Diciembre de 1.999 que consta de 54 alumnos, que comienza con el nombre de ALARCON ROJAS HELBER FABIAN y se cierra con el nombre de YAYA LUZ MARINA.

en constancia se firma:

Rector
LUIS ANTONIO LOZANO
C.C. 17´013.465 de Bogotá.

Secretaria
MAGDALENA PINILLA CORREDOR
C.C. 41´887.866 de Bogotá.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D.C., a los 7 días del mes de Diciembre de 1999.

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá D.C.
Secretaría de Educación
Subsistema Distrital de Educación de Jóvenes y Adultos
Acuerdo de Creación Nº 23 de 1994 del Honorable Concejo de Santafé de Bogotá

Colegio Distrital Gustavo Morales Morales

Jornada Nocturna

Autorizado por la Secretaría de Educación Resolución 5239 del 28 de Noviembre de 1994
Programa Nocturno de Jóvenes y Adultos
Resolución 5239 de 1994 S.E.D.

Teniendo en cuenta que:

Luz Mery Contreras Baquero

C.C 35.513.903 DE BOGOTA

Terminó satisfactoriamente los estudios Correspondientes a la Educación Media y fue aprobado en todos los exámenes reglamentarios según las normas vigentes.

Confiere el Título de

Bachiller Académico

En Constancia se firma

REPUBLICA DE COLOMBIA

Rector (a)

Secretaria Académica

Dado en Santafé de Bogotá, a los 7 días del mes de Diciembre de 1999

No requiere registro según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

Scanned by CamScanner

Alcaldía Mayor de
Santa Fe de Bogotá, D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

·ACTA INDIVIDUAL DE GRADO·

COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO «GUSTAVO MORALES MORALES»

SUBSISTEMA DISTRITAL DE EDUCACIÓN DE JÓVENES Y ADULTOS
Acuerdo de Creación Nº 23 de 1994 del Honorable Concejo de Santa Fe de Bogotá, D.C.
Resolución de Aprobación Nº 5239 del 28 de Noviembre / 94

PROGRAMA:

PROYECTO EDUCATIVO DE JÓVENES Y ADULTOS

Resolución Nº 3479 de 1999 S.E.D.

[redacted] INSCRIPCIÓN S.E.: 6517 INSCRIPCIÓN DANE: 11100175513 [redacted]

En la ciudad de SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., a los 7 días del mes de DICIEMBRE del año 1999, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los educandos de la Fase 8 (Grado Undécimo) del Programa de Educación de Jóvenes y Adultos, los suscritos Rector y Secretaria del **COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO «GUSTAVO MORALES MORALES»** en la Rectoría de dicho plantel educativo, aprobado oficialmente hasta Grado Undécimo de la Educación Media, para analizar la situación legal y académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la Educación Media.

Verificando el cumplimiento legal y académico, según normas vigentes, por dichos educandos, se procedió a otorgar El Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

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

LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO

Identificado (a) con C.C Nº 35.513.903 de Santa Fe de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº. 05, de fecha 07 de Diciembre de 1.999 que consta de 54 alumnos, que comienza con el nombre de ALARCON ROJAS HELBER FABIAN y se cierra con el nombre de YAYA LUZ MARINA.

en constancia se firma:

Rector
LUIS ANTONIO LOZANO
C.C. 17´013.465 de Bogotá.

Secretaria
MAGDALENA PINILLA CORREDOR
C.C. 41´887.866 de Bogotá.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D.C., a los 7 días del mes de Diciembre de 1999.

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá D.C.
Secretaría de Educación
Subsistema Distrital de Educación de Jóvenes y Adultos
Acuerdo de Creación Nº 23 de 1994 del Honorable Concejo de Santafé de Bogotá

Colegio Distrital Gustavo Morales Morales

Jornada Nocturna

Autorizado por la Secretaría de Educación Resolución 5239 del 28 de Noviembre de 1994
Programa Nocturno de Jóvenes y Adultos
Resolución 5239 de 1994 S.E.D.

Teniendo en cuenta que:

Luz Mery Contreras Baquero

C.C 35.513.903 DE BOGOTA

Terminó satisfactoriamente los estudios Correspondientes a la Educación Media y fue aprobado en todos los exámenes reglamentarios según las normas vigentes.

Confiere el Título de

Bachiller Académico

En Constancia se firma

REPUBLICA DE COLOMBIA

Rector (a)

Secretaria Académica

Dado en Santafé de Bogotá, a los 7 días del mes de Diciembre de 1999

No requiere registro según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

Scanned by CamScanner

Corporación Unificada Nacional
de Educación Superior

El Suscrito Líder de Registro y Control de la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior C.U.N

Nit. No. 860401734-9 **RC. 01-2146-18**

CERTIFICA:

Que LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO, identificada con número de documento 35513903, se encuentra cursando durante el presente periodo académico 2018-A, catorce (14) créditos correspondientes a un SEXTO periodo académico nivelatorio, del Programa Profesional por ciclos propedéuticos en ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD, jornada Nocturna en metodología Presencial.

Según calendario académico, el primer período académico de 2018, dio inicio el cinco (05) de Febrero y finalizara el dos (02) de Junio del mismo año.

Que por resolución 6218 del 23 de diciembre de 2005, otorgada por el Ministerio de Educación Nacional, la Corporación obtiene su redefinición institucional, quedando facultada para ofrecer formación Profesional por ciclos propedéuticos (Técnico Profesional, Tecnológico y Profesional).

El plan de estudios mencionado anteriormente, hace parte del Programa Profesional en ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD, se encuentra aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, mediante Resolución No. 14438 del 16 de Octubre 2013.

Se expide por solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá D.C., el primer (1) día del mes de Junio de dos mil dieciocho (2018). "Vigilada Mineducación".

WILSON HERNANDEZ MORALES
Líder de Registro y Control Académico
Elaboró: Jenifer Quiñones.

Bogotá D.C

Señores:

Corporación Unificada Nacional CUN.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Luz Mery Contreras Baquero 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:

Estudio Administración y Servicios en Salud.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 35513903

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cra 107 N° 131B-69

Teléfono: 3202161054

Scanned by CamScanner

HOSPITAL ENGATIVÁ
E.S.E. II NIVEL
Empresa Social del Estado

EL COORDINADOR DE FACTURACION

CERTIFICA

Que la señora **CONTRERAS BAQUERO LUZ MERY** identificada con el numero de cedula **N° 35.513.903** de Bogota, realiza en las instalaciones del **HOSPITAL DE ENGATIVA** las siguientes actividades como preauditora de cuentas:

OBJETO	PERSONA QUE SE DESEMPEÑE COMO PREAUDITOR
ACTIVIDADES ESPECIFICACIONES	1.Comprobar derechos a todos los usuarios que solicitan servicios (SDS, Fosyga, DPNA; Capitación). 2. Confrontar si los soportes de los servicios prestados corresponden efectivamente a los servicios cargados y facturados. 3. Verificar y constatar si los servicios cargados y facturados corresponden a los servicios prestados. 4. Administración de la facturación. 5. Gestión para la anulación y refacturacion de los servicios objetados en la prerrevisión de las cuentas. 6. Hacer uso adecuado y Responder por los equipos y elementos puestos a su disposición en el puesto de trabajo. 7. Uso racional de los utensilios e insumos para los procesos y procedimientos de facturación. 8. Asistir y Participar en las actividades y reuniones programadas por el área y el Hospital.
PRESUPUESTO OFICIAL	UN MILLON DIEZ Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE ($1,018,991)
PLAZO DE L CONTRATO	(2) MESES, contados a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio 01/4/2009.

Cordialmente,

ARMANDO VARGAS CUENCA M.D.
Coordinador de Facturación
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL E.S.E

BOG BOGOTÁ POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

Para: Facturación: JHON MANUEL PARRA

Scanned by CamScanner

PROMOVIENDO
Cooperativa de Trabajo Asociado

LA PSICOLOGA DE LA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PROMOVIENDO CTA. HACE

CONSTAR:

NIT: 830-099-825-6

Que una vez verificados los registros correspondientes al señor (a) **CONTRERAS BAQUERO LUZ MERY** identificado con cédula de ciudadanía # 35.513.903 de Bogotá presta servicio en la empresa cliente **HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL ESE**., como **AUXILIAR DE FACTURACION** se encuentra asociado(a) a la Cooperativa **PROMOVIENDO CTA.** Desde 20 de febrero de 2007

Que el señor (a) **CONTRERAS BAQUERO LUZ MERY**, con un neto recibido con auxilios y beneficios de $568.136, su convenio de asociación y los servicios que presta están regulados por la ley 79 de 1998 y el decreto 468 de 1990.

Que el señor (a) **CONTRERAS BAQUERO LUZ MERY,** presta sus servicios por tiempo indefinido sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la Ley, el Estatuto y los Regímenes de la Cooperativa.

Cualquier información adicional con gusto la atenderemos.

Bogotá, Marzo 25 de 2009.

Cordialmente,

PROMOVIENDO
Cooperativa de trabajo Asociado
Nit. 830.099.825-6

MARCELA RAMOS VALBUENA
Psicóloga Promoviendo

Carrera 29 No.39-65 * Teléfonos :3681103 * fax 3681100
E-mail: promoviendocta@universia.net.co - promoviendo@hotmail.com

Scanned by CamScanner

HOSPITAL BOSA II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 800209710-2

SGATHC: 348 /11

LA SUSCRITA

COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA QUE:

La Sra. **LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.513.903 de Bogotá, presto sus servicios como **LIQUIDADOR**, desde el Dieciséis (16) de junio de 2009 hasta el 03 de noviembre de 2010 por medio de Orden de Prestación de Servicios suscrita con el Hospital con una remuneración de Un Millón Once Mil Seiscientos Veintinueve Pesos ($1.011.629).

Desde el 07 de diciembre de 2010 presta sus servicios como **AUXILIAR ADMINISTRATIVO RED MATERNO PERINATAL** por medio de Orden de Prestación de Servicios suscrita con el Hospital con una remuneración mensual de novecientos Tres Mil Setecientos Cincuenta y Cuatro Pesos M/Cte ($903.754).

La presente certificación no establece ningún vínculo laboral directo con el Hospital, se expide a solicitud del interesado, el día martes dos (02) del mes de Agosto de 2011.

ADRIANA MARÍA CANCINO REYES

Elabora: Liliana Gómez

Para cualquier información o confirmación favor comunicarse al teléfono 7764128 con la Coordinación de Talento Humano.

Scanned by CamScanner

VCO S.A. VALENCIA CONSULTORES Y OUTSOURCING
NIt. 830040378-0

LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que el señora **LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO,** identificada con cédula de ciudadanía No. **35.513.903** de Bogotá, estuvo vinculada a nuestra compañía con diferentes contratos, desempeñando el cargo de **ANALISTA DE CUENTAS,** para la ejecución del contrato suscrito entre **VCO** y las diferentes entidades del sector salud, en las siguientes fechas:

- 18 de Agosto de 2011 a 31 de Enero de 2012
- 01 al 29 de Febrero de 2012
- 01 de Abril de 2012 al 18 de Mayo de 2012

Funciones:

- Auditar la totalidad de las facturas asignadas en el término definido según el cronograma interno de trabajo definido para el abordaje de la ESE asignada.
- Realizar auditoria al 100% de facturas que sean recibidas y que correspondan a servicios de salud con las cuales la SDS tiene responsabilidad contractual y que hayan sido notificadas con hallazgo positivo o sean objeto de muestreo o inclusión forzosa.
- Realizar la revisión de las facturas en el sistema de información dispuesto para el proyecto de SDS, verificando las condiciones pactadas firmado entre la SDS y las ESE (servicio contratado, tarifa, contenido y vigencia del contrato).
- Verificación de la base de datos de usuarios correspondiente a la fecha de servicio auditado que tenga evidencia documental.
- Generar las glosas correspondientes, notificar a la ESE y dejar evidencia documental en los registros definidos por el área Técnica para el proceso en particular.
- Correlacionar los registros administrativos del soporte asistencial con los datos registrados en cada una de las facturas; cuando se trate de paciente hospitalizado, se deberá tener en cuenta la epicrisis, las actividades intermedias y finales determinadas en el contrato suscrito entre la SDS y las ESE.
- Consolidar las glosas definitivas generadas por la auditoria técnica junto con las administrativas y financieras para levantar acta de notificación de glosa definitiva.

Scanned by CamScanner

- Hacer entrega a la coordinación de auditoría de cuentas medicas la totalidad de los soportes documentales en físico y magnético debidamente organizados de acuerdo a la disposición de VCO.

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado, el 22 del mes de Noviembre de 2012.

Atentamente,

DAYANNA CAÑAS ROZO
Coordinadora de Talento Humano

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO**, identificada con CC. Nº 35.513.903, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR
11/13	18-01-2013	31-07-2013	$16.243.680
200/14	01-02-2014	31-12-2014	$17.716.160
76/15	01-02-2015	31-08-2016	$33.666.406
02-PS-0733-2016	01-09-2016	09-01-2017	$9.030.000
PS-2656-2017	10-01-2017	15-12-2017	$23.310.000

OBJETO DEL CONTRATO:
APOYO Y SOPORTE TECNICO A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - REVISOR DE CUENTA.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Realizar acompañamiento diario y auditoria concurrente a los facturadores.
2. Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura.
3. Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador.
4. Realizar auditoria previa y posterior a la realización de facturación.
5. Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura.
6. Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.
7. Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.
8. Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.
9. Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.
10. Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores.
11. En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente.
12. Garantizar que el 100% de la facturación por atenciones médicas que requieren autorización cuenten con este soporte.
13. Revisión de FURIPS o formatos establecidos para accidentes de tránsito.
14. Realizar entrega a diario al armado de cuentas de las facturas generadas por cada servicio previamente revisadas, las mismas deben contar con visto bueno del revisor correspondiente.
15. Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.
16. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
17. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.

Scanned by CamScanner

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

18. Demás actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 24 días del mes de noviembre de 2017.

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 2880519 o dirigirse a la Carrera5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

Revisó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Apoyo Administrativo OPS

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.513.903
CONTRERAS BAQUERO

APELLIDOS
LUZ MERY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1969
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

11-DIC-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00204545-F-0035513903-20091218 0019191695A 1 1480031068

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14381909767

(415)7707212489984(8020) 000001438190976 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 5 5 1 3 9 0 3	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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

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
CONTRERAS	BAQUERO	LUZ	MERY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 107 131 B 62

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
gatita.0805@hotmail.com		6 8 7 3 5 5 6	3 2 0 2 1 6 1 0 5 4

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 7 1 5

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 CONTRERAS BAQUERO LUZ MERY

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 25-08-2016 10:54:11AM

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 25-08-2016
Hora: 12:52:02 PM

CONTRIBUYENTE NIT 35513903-5 LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO

Información General

Dirección CLLE 146 A N 97 - 16

Teléfonos 6831236

Dirección electrónica gatita.0805@hotmail.com

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/03/2009

Soporte Inscripción 13028303

Fecha Inicio Actividades 07/03/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001098074

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner

JUAN PABLO II
CEDI SALUD FAMILIAR - I.P.S. - S.A.S.

CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS S.A.S
Nit. 900031309 - 8
Dirección: Calle 27 Sur 18C 02
Tel: 3661905 / 2392330 / 3665634 / 2395905

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ○ Periódico ⊗ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 24/11/2016 13:20:00 Empresa PARTICULAR
Nombre LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO
Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVA Doc. Identidad CC 35513903

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	⊗	○
Requiere de restricción de actividades	○	○
Requiere de reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

ACONDICIONAMIENTO FISICO, RECOMENDACIONES NUTRICIONALES / PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS E HIGIENE POSTURAL / EJERCICIOS VISUALES PARA EVITAR FATIGA OCULAR / TRABAJO SEGURO / CONTROL ANUAL PREVENTIVO POR MEDICINA Y OPTOMETRIA OCUPACIONALES

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Ana Karina Gomez N
Esp. Ger. Seguridad y Salud En El Trabajo
Res.1365 Del 23/10/2013

ANA KARINA GOMEZ NOVOA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 36719958 RM: 73205-2003

Trabajador: LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO
CC: 35513903
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Scanned by CamScanner

Ana Karina Gomez N
Esp. Ger. Seguridad y Salud
En El Trabajo
Res. 1[illegible]/2015

ANA KARINA GOMEZ NOVOA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 36719958 RM: 73205-2003

Trabajador: LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO
CC: 35513903
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Scanned by CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

FECHA:	2018-12-13	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
CONTRERAS	BAQUERO	LUZ	MERY		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	35513903	BOGOTA	1987-12-11
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1969-05-16	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐	HIJOS	4	3202161054

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO TECNOLOGO ☒	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL:	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 58 N 139-62	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
lcontreras.tecnicofacturacion@gmail.com	NO APLICA	PROPIA ☒	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONOMICA	8299
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐

# NIT	900.959.051

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 5 # 33 A 45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 2.195.000	GASTOS FAMILIARES	$ 2.195.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 2.195.000	TOTAL EGRESOS	$ 2.195.000	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
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MARTINEZ	ARIZA	DIEGO	ALEJANDRO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 8J N0 96-55	BOGOTA	AMIGO	3123615126

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	451870075426	SUCURSAL VEINTE DE JULIO	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

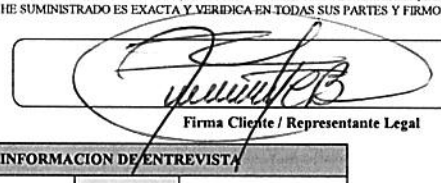
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 35513903
NOMBRES Y APELLIDOS	Contreras Baquero,Luz Mery
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2004
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Contreras Baquero,Luz Mery, a los 13 días del mes de diciembre del año 2018.

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



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **35513903,** se encuentra afiliado (a) desde **29/12/2004** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	3	PORVENIR S.A.	19/11/2004	
Asignado por multivinculación por Decreto 3995/2008	23	COLPENSIONES	01/12/2004	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en COLPENSIONES

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

35.513903	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Luz	Mery	Contreras	Bagüero
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

16/05/1969	Bogotá	Cra 58 # 139-64	3006764
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Sanitas	Colpensiones	$ 2.195.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

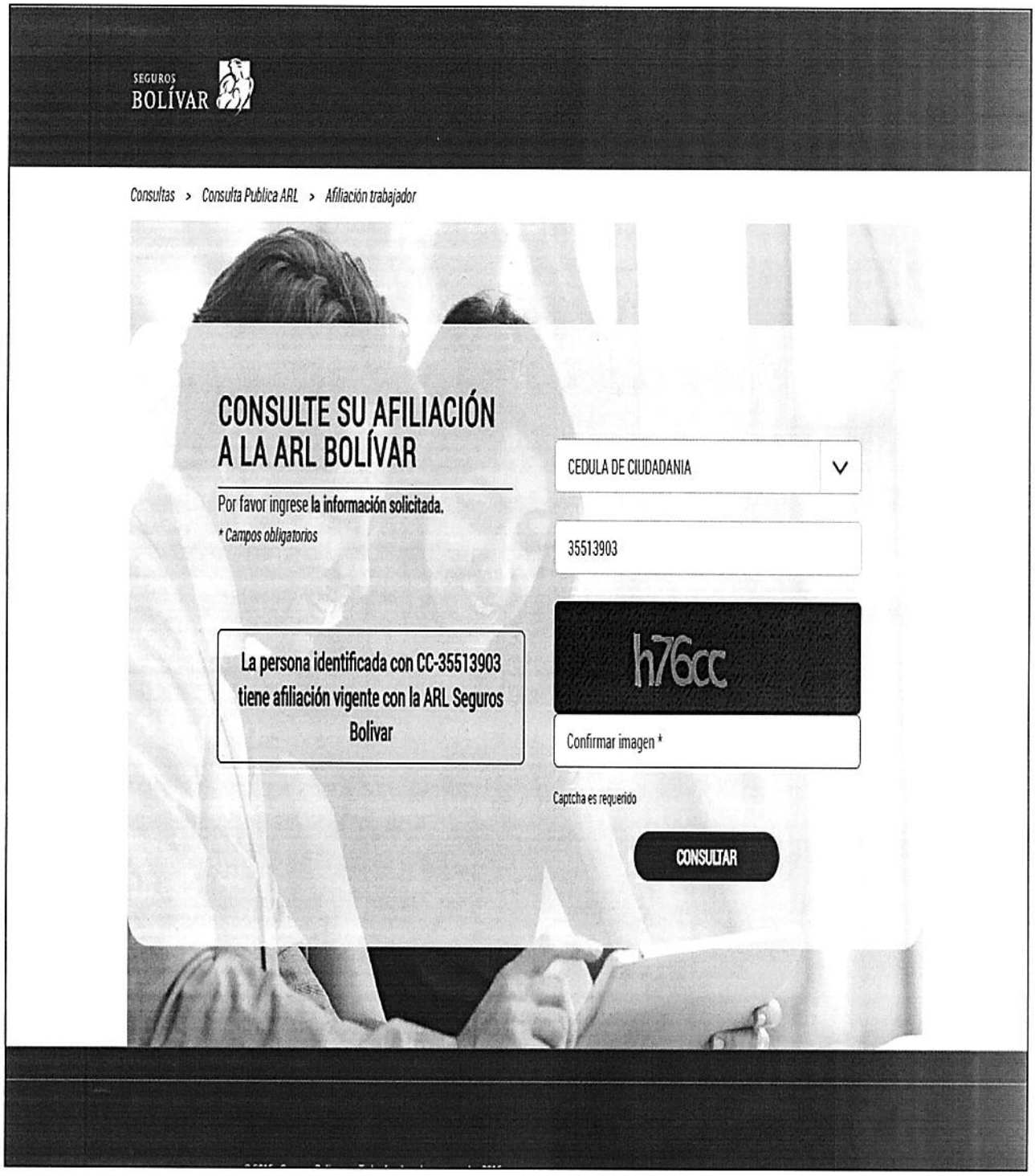
Analista de Cuentas Medicas	10-01-2018
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

lcontreras.tecnicofacturacion@gmail.com	3202161054
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. _____


SEGUROS
BOLÍVAR
Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador
CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR
Por favor ingrese la información solicitada.
* Campos obligatorios
CEDULA DE CIUDADANIA
35513903
h76cc
Confirmar imagen *
Captcha es requerido
CONSULTAR
La persona identificada con CC-35513903 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119180472

WEB
14:59:41

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 35513903:

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 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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 15:02:45, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	35513903
Código de Verificación	355139031812131502 45

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2610088

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 15:05 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS TRES** de BOGOTA D.C

35513903

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_M6DN9_0415
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:06:24 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **35513903**

Apellidos y Nombres: **CONTRERAS BAQUERO LUZ MERY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

Volver al Inicio

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/03/01
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora LUZ MERY CONTRERAS BAQUERO
con Cédula de Ciudadanía número 35513903
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	451870075426
Fecha Apertura	2013/06/27

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0084 OFICINA VEINTE DE JULIO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA