Colombia Compra Eficiente

UTC -5 10:11:13

proces | Menu

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página:: 14601741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones MARIELA ARDILA LEMUS,

MARIELA ARDILA LEMUS con el NIT 41763271 creada

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

aquí para continuar »

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ARDILA	LENIS	MARIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 41.763.271

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 04 MES 05 AÑO 1956

PAÍS Colombia

DEPTO Bogota D.C

MUNICIPIO Bogota D.C

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra. 10 N° 16 - 04 Sur Apto 202

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C

MUNICIPIO Bogtá D.C

TELÉFONO 4784238 EMAIL lizcamila05@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1990
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TL	4	X		Auxiliar de Enfermeria	06	1991	7050

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CAD - DESPERTAR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2898989	DÍA 02 MES 01 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermería.		AC 11 sur # 16 Este-86

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2891100	DÍA 13 MES 01 AÑO 1998	DÍA 01 MES 06 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermería	Urgencias	Cra 3 este Nº 16 -72 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 08 AÑO 1984	DÍA 01 MES 12 AÑO 2004

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermería	Urgencias	Cra 10 # 1 -59

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	19	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	20	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C 26-11-2017

Yaula Andilo Lemus.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIELA ARDILA LENUS

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 41763271 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : Bogotá

DIRECCIÓN: Cra 10 N° 16-04 Sur Apto 202 | TELÉFONOS: 4784238

MUNICIPIO: Bogotá D.C | DEPARTAMENTO: Cundinamarca | PAÍS: Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
SUSANA LENUS	20.150.502	MADRE
PAOLA CATALINA TORRES ARDILA	66.983.417	HIJA
JUAN PABLO BARBOSA ARDILA	70.899.719	HIJO
LIZ CAMILA BARBOSA ARDILA	1023929738	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [X], **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	2.096.150
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	1'500.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	3.596.150

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	055000210014[illegible]90	Ciudad Jardín	0
BANCO POPULAR	AHORROS	230129002770	Socorro	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	050S40284226.	$ 58.000.000
MUEBLE	HSQ 393 VEHICULO	$ 18.000.000

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	Tarjeta Crédito	$ 3000.000
SERFINANZA	Tarjeta crédito	$ 2000.000
CODENSA	Tarjeta Crédito	$ 2000.000

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI [X] NO [ ] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Felix Roberto Barbosa Díaz	C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	3.177.449

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Maula Ardila Lemus
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá D.C 26-11-2017
CIUDAD Y FECHA

ICFES SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

RESULTADOS DEL EXAMEN DE ESTADO

NUMERO REGISTRO SNP	CODIGO DE CIUDAD	CODIGO DE COLEGIO
AC2930494310	11001	023515

NOMBRE: ARDILA LEMUS MARIELA

FECHA EXAMEN	DECILES CALCULADOS PARA:	No. ESTUDIANTES
14/08/93	S.F.E. BOGOTA	54416

PUNTAJES ESTANDAR		PROMEDIO	DECILES
CIENCIAS			
BIOLOGIA	CINCO UNO	51	6
QUIMICA	TRES NUEVE	39 44	2
FISICA	CUATRO DOS	42	2
SOCIALES			
	CUATRO SIETE	47 47	4
LENGUAJE			
APTITUD VERBAL	CUATRO CERO	40	2
ESPAÑOL Y LITERATURA	CINCO CERO	50 45	5
MATEMATICA			
APTITUD MATEMATICA	CUATRO DOS	42	3
CONOCIMIENTOS EN MATEMATICAS	CUATRO DOS	42 42	3
ELECTIVA ★			
	SEIS DOS	62 62	9

PUNTAJE TOTAL

DOS CUATRO CERO 240 — 4

★ SALUD Y NUTRICION

No. 1108230

THOMAS DE LA RUE DE COLOMBIA S.A.

ICFES SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

RESULTADOS DEL EXAMEN DE ESTADO

NUMERO REGISTRO SNP	CODIGO DE CIUDAD	CODIGO DE COLEGIO
AC2930494310	11001	023515

NOMBRE: ARDILA LEMUS MARIELA

FECHA EXAMEN	DECILES CALCULADOS PARA:	No. ESTUDIANTES
14/08/93	S.F.E. BOGOTA	54416

PUNTAJES ESTANDAR		PROMEDIO	DECILES
CIENCIAS			
BIOLOGIA	CINCO UNO	51	6
QUIMICA	TRES NUEVE	39 44	2
FISICA	CUATRO DOS	42	2
SOCIALES			
	CUATRO SIETE	47 47	4
LENGUAJE			
APTITUD VERBAL	CUATRO CERO	40	2
ESPAÑOL Y LITERATURA	CINCO CERO	50 45	5
MATEMATICA			
APTITUD MATEMATICA	CUATRO DOS	42	3
CONOCIMIENTOS EN MATEMATICAS	CUATRO DOS	42 42	3
ELECTIVA ★			
	SEIS DOS	62 62	9

PUNTAJE TOTAL

DOS CUATRO CERO 240 — 4

★ SALUD Y NUTRICION

No. 1108230

THOMAS DE LA RUE DE COLOMBIA S.A.

República de Colombia

El Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"

Certifica

La Aptitud Profesional de:

MARIELA ARDILA LEMUS

en el oficio de AUXILIAR DE ENFERMERIA

Areas aprobadas

SALUD, FAMILIA Y COMUNIDAD-FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA-MEDICO QUIRURGICA MATERNO INFANTIL-ETICA Y DESARROLLO HUMANO

MINISTERIO DE SALUD
Servicio de Salud de Bogotá D. E.
Reconocemos este título para todos los efectos Legales.
Jefe Servicio de Salud
VIGILANCIA Y CONTROL

Modo de Formación COMPLEMENTACION

SENA Subdirección Nacional Sector Comercio y Servicios
Subdirector

SENA REGIONAL DE BOGOTA Secretaría General de Alumnos
Secretario

Subgerente Regional

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA Regional Bogotá y Cundinamarca Dirección Nal. Administrativa y Financiera de Servicios
Sub-Director

Secretario

C.NAL.SERVICIOS DE SALUD — BOGOTA 91.06.28 — 91.00890 91.08.05

Centro de Formación — Ciudad y Fecha — Registro No

TIPO C
F6-052/10-77

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA-
REGIONAL BOGOTA-CUNDINAMARCA, SAN ANDRES Y AMAZONIA

LA OFICINA DE REGISTRO Y CERTIFICACION
HACE CONSTAR

Que, ARDILA LEMUS MARIELA, con cédula de ciudadanía No. 41.763.271 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de Complementación AUXILIAR DE ENFERMERIA. Certificado de Aptitud Profesional Registro No. 91.00890 del 5 de septiembre de 1991.

La presente constancia se expide en Santafé de Bogotá, D.C., a los trece (13) días del mes de diciembre de 1991.

ARNULFO HERNANDEZ GARCIA
Jefe

SENA REGIONAL DE BOGOTA
Secretario
Secretaría General

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
La Suscrita Notaria HACE CONSTAR: Que la (s) firma (s) que autorizan este documento guardan similitud con las registradas en la Notaría, D.E.
Arnulfo Hernandez G.
previa confrontación que de lo hecho.
Bogotá, 13 DIC. 1991

NOTARIA VEINTE DEL CIRCULO DE BOGOTA
Elsa María Cadena M.
NOTARIA ENCARGADA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Mariela Ardila Lemus

41.763.271

Asistió al Curso:

Primer Respondiente en Salud Mental para Personal Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas
Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 20 de Marzo de 2013

"El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Waldetrudes Aguirre Ramírez
Directora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

CRUE

ALCALDÍA MAYOR

BOGOTÁ HUMANA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Mariela Ardila Lemus

41.763.271

Aprobó el Curso Taller:

Primer Respondiente para Personal Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas
Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 19 de Marzo de 2013

"El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Waldetrudes Aguirre Ramírez
Directora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

CRUE
20130319O6O03007

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C
BOGOTÁ HUMANA

SECRETARIA DE SALUD

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Mariela Ardila Lemus

41.763.271

Aprobó el Curso:

Promoción y Prevención en Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas
Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 11 de Marzo de 2013

"El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Waldetrudes Aguirre Ramírez
Directora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

CRUE
20130311O6O01010

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ HUMANA

SECRETARIA DE SALUD

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MARIELA ARDILA LEMUS

Con Cédula de Ciudadanía No. 41.763.271

Cursó y aprobó la acción de Formación

ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

Con una duración de 80 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D. C. a los Tres (3) días del mes de Noviembre de Dos Mil Nueve (2009)

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

03/11/2009
Fecha Registro

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento del Decreto 933 de 2003 otorga
Certificado de Competencia Laboral a

MARIELA ARDILA LEMUS
C.C. 41763271

Quien demostró su Competencia Laboral en la Norma

ATENDER Y ORIENTAR AL USUARIO EN RELACIÓN CON SUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE ACUERDO CON POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y NORMAS DE SALUD

Código 228115 Nivel 2

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá, D.C. a los (04) días del mes de Septiembre de Dos Mil Seis (2006)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
Subdirector de Centro de Servicios a la Salud
Regional Distrito Capital

410
CONSECUTIVO

VIGENCIA
04 DE SEPTIEMBRE DE 2008

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
y el Centro de Servicios a la Salud del Servicio
Nacional de Aprendizaje - SENA

Certifican que

MARIELA ARDILA LEMUS

*C.C.**41,763,271***

Asistió al Primer Congreso de auxiliares de enfermería,
"El auxiliar del nuevo milenio" que se realizó durante
el 24 y 25 de julio de 2003, con una intensidad horaria de 16 horas

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

José Fernando Cardona Uribe
Secretario de Despacho
Secretaría Distrital de Salud

Jaime García Di-Motoli
Director Centro de Servicios
a la Salud, Sena

SENA

Bogotá D.C

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, MARIELA ARDILA LEMUS 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:

AUXILIAR DE ENFERMERIA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:

Firma: Mariela Ardila Lemus

No. de documento: 41.763.271

Tarjeta profesional No: 7050

Dirección de contacto: Cra 10 N° 16-04 Sur - Apto 202

Teléfono: 4784238

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Centro Oriente E.S.E

EL ÁREA DE TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

C E R T I F I C A:

Que la señora **MARIELA ARDILA LEMUS,** identificada con cédula de ciudadanía N°. 41.763.271, laboró en el Hospital San Blas, hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., desde el día 13 de enero de 1998 hasta el 1 de junio de 2013.

Quien ocupó el empleo de **AUXILIAR ÁREA SALUD (AUXILIAR DE ENFERMERIA)**, Código 412, Grado 17.

Se expide la presente certificación en Bogotá D.C., a los veintiocho (28) días del mes de diciembre de dos mil dieciséis (2016), a solicitud del interesado.

JOSÉ ALFREDO MORALES DÍAZ
Profesional Especializado - Talento Humano

Elaboró: Lía Sequeda M.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.763.271**

ARDILA LEMUS
APELLIDOS

MARIELA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1956**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-NOV-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500104-42115204-F-0041763271-20030906 **04391** 03248B 01 139413621

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14399214600

(415)7707212489984(8020) 000001439921460 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 1 7 6 3 2 7 1	2	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	4 1 7 6 3 2 7 1	1 9 7 7 1 1 0 7

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
ARDILA	LEMUS	MARIELA	

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 10 16 04 SUR AP 202 ED COONTRASAMI

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
lizcamila05@gmail.com		4 7 8 4 2 3 8	3 1 2 5 1 4 1 3 7 6

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 2	2 0 1 6 1 2 3 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

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 1 2 3 0

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: Mariela Ardila Lemus.

984. Nombre ARDILA LEMUS MARIELA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-12-2016 11:55:48AM



DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTA

LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

HACE CONSTAR:

Que MARIELA ARDILA LEMUS
C.C# 41763271 de Btá

ha cumplido los requisitos legales para ejercer la profesión

de AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha VII.13.92 Código [illegible] Regist. No 7050

El Secretario de Salud Pública.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
Subdirección de Vigilancia y Control
SUB-DIRECTOR
Santafé de Bogotá D. C.

FIRMA Y SELLO

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

41763271

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Marleb

Apellidos: Arolib lemus.

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte No. 41763271

Fecha de Nacimiento: Día 09 Mes 05 Año 1956.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	Unica	15 May 15	V5A044 07/16 HCO Yorg B	
Virus de Papiloma Humano				

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	1434028	30/mar/2019	inmunosalud
	2 DOSIS	1434028	03/MAY/2019	inmunosalud
	3 DOSIS	1434028	02 JUN. 2019	inmunosalud
	4 DOSIS		30/mar/2018	
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

Cód. de Prestador 11-001177980-01Z
Institución Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
Tania salud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

R VIGILADO Supersalud

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

NIT: 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

NOMBRES: MARIELA AROLA LEMUS

DOCUMENTO: 41.763.271

TELÉFONO:

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	MARIELA ARDILA LEMUS
Tipo de Documento: CC	Documento 41763271
Sexo F F. Nacimiento:	04/05/1956 Edad: 60 Años
Entidad: PARTICULAR	Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Centro de Costo: N/A	
Fecha y Hora entrega resultados:	30/12/2016 10.15 AM

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:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

Requiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): ANDRES EDUARDO FLECHAS GONZALEZ RM: 25575779/2015

Firma y sello del Médico Evaluador

MARIELA ARDILA LEMUS
41763271
C.C
Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.:(+1) 456 5819 – 203 9894

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

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.:(+1) 447 0088 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-06
Tels.:(+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.:805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362

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

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

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

ISO 9001:2008
BUREAU VERITAS
Certification
CO15.00035

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9656 – 382 7337

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIELA ARDILA LEMUS

Con Cedula de Ciudadania No. 41.763.271

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los ocho (8) días del mes de mayo de dos mil diecisiete (2017)

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

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

43261698 - 08/05/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001403647CC41763271C.

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:	21 NOVIEMBRE DE 2017	CIUDAD:	BOGOTA D.C	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		
ARDILA	LEMUS	MARIELA			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	41763271	BOGOTA D.C	1977-11-07
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1956-05-04	BOGOTA D.C	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	3	3155416333

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 10 # 16-04 SUR APTO 202	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA	4784238

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
lizcamila05@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BARBOA	ARDILA	FELIX	ROBERTO

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	3177449	SOACHA	1977-10-08	
PASAPORTE: ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO ☐ ☐	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		
		ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT	900959051-7

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 # 5 43	3444484	BOGOTA D.C	Bogota D.C	COLOMBIANA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2017-02-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 2,000,000	GASTOS FAMILIARES	$ 1,000,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 1,500,000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 560,000	VEHICULOS	$ 18,000,000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 58,000,000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 3,500,000	TOTAL EGRESOS	$ 1,560,000	TOTAL ACTIVOS	$ 76,000,000	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar al vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BELTRAN	DIAZ	JAVIER	ORLANDO

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 80 A SUR #3-26	BOGOTA D.C / CUNDINAMARCA / COLOMBIA	AMIGO	3228052868

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

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.):

PROFESIONAL ESPECIALIZADA

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 requeriria 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 , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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, compañias 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 estadisticos.
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 Titulo I de la Circular Básica Juridica 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

Maela Ardila Somus.

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:		

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) MARIELA ARDILA LEMUS identificado(a) con cédula de ciudadanía 41.763.271 , se encuentra Activo en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
FELIX ROBERTO BARBOSA DIAZ	CY	3177449	CC	20150120	0	Activo	156

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 27 días del mes de Noviembre de 2.017

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

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: FLOR ANGELA OCHOA
8779326

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

RADICADO 2016_11704122

GERENCIA NACIONAL DE NÓMINA DE PENSIONADOS

COLPENSIONES

CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, a **MARIELA ARDILA LEMUS** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **41763271** y Número de Afiliación **941763271100**, esta Administradora mediante resolución No. **307319** de **2014** le concedió pensión de **VEJEZ** registrando fecha de ingreso a nómina **Octubre** de **2013.**

Para la nómina de **Julio** de **2016** en la Entidad **36-GNB SUDAMERIS ABONO CUENTA - 1-BOGOTA CALLE 94 CRA 11 NO. 94 A 13** No. de Cuenta **90790121630,** al pensionado(a) **ARDILA LEMUS** le fueron girados los siguientes valores:

DEVENGADOS		***DEDUCIDOS***	
VALOR PENSION	*$ 2,096,159.00*	*SALUD COMPENSAR*	*$ 251,500.00*
		AFILIACION COMPENSAR	*$ 41,900.00*
		PRESTAMO POPULAR PRESTAMO	*$ 366,342.00*
TOTAL DEVENGADOS	***$ 2,096,159.00***	***TOTAL DEDUCIDOS***	***$ 659,742.00***
		NETO GIRADO	***$ 1,436,417.00***

Estado: **ACTIVO**

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá, el día 03 de octubre de 2016.

Doris Patarroyo Patarroyo

Gerente Nacional de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría Integrada 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

CODIGO: AP-IA-FT-024
VERSION: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

41.763.271		SEGUROS BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
MARIELA		ARDILA	LEMUS
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
04/05/1956	Bogotá D.C	Cra 10 #16-04 SUR	4784238
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
COMPENSAR	N/A	$ 1.500.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		2/01/2017	
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
litcamila05@gmail.com		3155416333	
Correo Electrónico		Celular	

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 39535715 BOGOTA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,

26/11/2017

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARIELA ARDILA LEMUS** con **Cédula de Ciudadanía** número **41763271**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550002100140090**
Fecha de apertura	**18/01/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 martes 31 de julio de 2018, a las 08:10:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	41763271
Código de Verificación	417632711807310810 23

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2361838

Bogotá D.C., 31 de Julio de 2018 - 8:12 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CUARENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y UN**

41763271

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: 7_UVYQG_128
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 08:13:14 horas del 31/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **41763271**
Apellidos y Nombres: **ARDILA LEMUS MARIELA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113075661

WEB
08:10:53

Bogotá DC, 31 de julio 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) MARIELA ARDILA LEMUS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 41763271:

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.

MINISTERIO DE SALUD

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

RESOLUCION NUMERO DE 000444

"Por la cual se inscribe y registra un titulo"

19 FEB. 1992

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegacion conferida por la resolucion numero 2085 de 1990, emanada del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que ARDILA LEMUS MARIELA identificado con la cedula de ciudadania numero 41763271 expedida en BOGOTA, D.E. , solicita el registro de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA

que le otorgo EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA el 06/28/1991

Que dicho ========== se encuentra debidamente refrendado por la Secretaria de Educacion al folio ==== del libro ==== de ====

RESUELVE :

ARTICULO UNICO - Registrar el Titulo que autoriza a ARDILA LEMUS MARIELA identificado con la Cedula de Ciudadania numero 41763271 expedida en BOGOTA, D.E. para ejercer la profesion de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el territorio Nacional.

19 FEB. 1992

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE
Dado en Santa Fe de Bogota, D.C. a los

LUIS ALFREDO BAENA NAVIERE
Secretario Distrital de Salud

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DISTRITAL BOGOTA D.E.

ALVARO VILLAMIZAR HERNANDEZ.
Jefe Unidad Vigilancia y Contro

ORIGINAL FIRMADO POR Alvaro Villamizar Hernández

UNIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL

Scanned by CamScanner