



Colombia Compra Eficiente



Busqueda

Mis procesos

Menu

Ir a

Buscar...

Id de página: 14095862 Ayuda ?

Escritorio — Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario

Género Femenino

Cargo auxiliar de enfermería

Título Sr.

Nombre completo mariela jazmin cadenas cabrera

Nombre y apellido mariela jazmin cadenas cabrera

Código del empleado

Tipo de documento Cédula de ciudadanía

Número de

identificación 1010211445

Fecha de emisión

Expedido por

Fecha de expiración

Dirección

Código postal

Estado soltera

Municipio cundinamarca

País COLOMBIA

Correo electrónico yas_min456@hotmail.com

Teléfono 3052645666

Celular 3052645666

Número de fax



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)

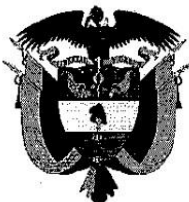
Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono?

Respuesta 3052645666

Celular 3052645666

Editar



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 INSTITUCIONAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 05-jun-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CÁRDENAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CABRERA	NOMBRES MARIELA JAZMÍN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1010211445	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 8 MES NOV AÑO 1993 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. CIUDAD BOGOTÁ D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA transversal 13 Bis Este 75B 34 Sur PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. CIUDAD BOGOTÁ D. C. TELEFONO 3653931 EMAIL yas_min456@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO bachiller	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	☒	MES DIC AÑO 2010	

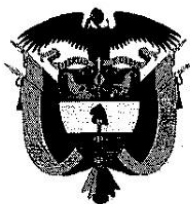
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TEMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	Auxiliar de enfermería	6 2012	1010211445



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 INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 05-jun-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 suba (inversiones nobbon)	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6621111	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 6 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 5 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA pediatría - ucin	DIRECCIÓN av cra 104 N 152c - 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	5	11
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	11

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Marcela Jaramin Cardenas

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIELA JAZMÍN CÁRDENAS CABRERA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1010211445 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Bogotá D. C.

Municipio BOGOTA D. C.

Dirección transversal 13 Bis Este 75B 34 Sur

Teléfonos 3052645666 3653931

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIELA CABRERA	26522242	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 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	\$ 15.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	451870060345	SUBA	\$ 1.000.000,00

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
-------------------	----------	-------

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
-----------------------	--------------------



FORMULARIO UNICO

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.

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Jazmin Cardenas
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 08-jun-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
RECONOCE ESTE TITULO PARA TODOS
LOS EFECTOS LEGALES
BOGOTA 17 JULIO 2012
RESOLUCION No 25-3187

Por autorización de la S.E.C.
y en su nombre la

Corporación Educativa Nacional C. E. N.

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,

Según Resolución No 005503-July 12/2011

Acuerdo número 041 febrero 5 / 2010 Ministerio de Protección Social

Contenido en cuenta que

Mariela Jazmín Cárdenas Cabrera

Identificada (a) con C.C. No. 1.010.211.445 de Bogotá D.C. (Bogotá)

Cumplió los requisitos reglamentarios correspondientes al plan de estudios,
se le confiere el certificado de aptitud ocupacional por competencias laborales en

Auxiliar en Enfermería

En testimonio de lo anterior se firma en el Municipio de Hunza,
Cundinamarca a los 14 días del mes de Julio de 2012

Diana Patricia Puche C.

Henry Puche Cabrera



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

Colegio Nueva Esperanza I.E.D

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
según Resolución N° 3695 del 12 de Diciembre de 2006

Confiere a:

Mariela Jaramin Cardenas Cabrera

NIP 931108-06050 Bogotá D.C.

El Título de
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel
de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994)
según los planes y programas vigentes



[Firma]
Diana Fernanda Gómez Figueado
Rector

[Firma]
Fabiana Hernández Martínez
Secretaria



**COLEGIO NUEVA ESPERANZA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL**

Carrera 15 Este NO. 76 - 59 Sur
Teléfonos: 365 3777 - 365 4999
BOGOTÁ, D.C.

Acta Individual de Grado

INSCRIPCIÓN S.E.D. 6524

INSCRIPCIÓN DANE 111001024643

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los seis (06) días del mes de Diciembre del año dos mil diez (2010), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y secretaria, en el COLEGIO NUEVA ESPERANZA I.E.D., Jornadas Mañana y Tarde Institución aprobada en el Nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución Oficial No. 5695 del 12 Diciembre de 2.006.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a Otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO; al graduando cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

Mariela Jazmín Cárdenas Cabrera

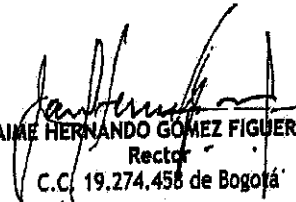
NIP 931108-06050 Bogotá D.C.

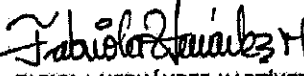
Es fiel copia tomada del Acta Original General de Grado No. 04 de fecha 06 de Diciembre de 2010, consta de 88 alumnos graduandos; comienza con el nombre de ACEVEDO CABALLERO JUAN DE JESÚS y cierra con el nombre de VILLAMIL GARZÓN JASBLEIDY

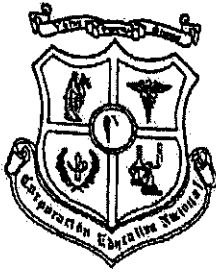
Firmada por JAIME HERNANDO GÓMEZ FIGUERO (Rector) y FABIOLA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ (Secretaría Académica).

En constancia se firma la presente Acta de Grado, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981, Decreto 1860 del 03 de Agosto de 1994, artículo 11 numeral 2°, a los seis (06) días del mes de Diciembre de dos mil diez (2010).

No requiere registro de la Secretaría de Educación según, Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 de Diciembre 05 de 1995; de la Presidencia de la República.


JAIME HERNANDO GÓMEZ FIGUERO
Rector
C.C. 19.274.458 de Bogotá


FABIOLA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ
Secretaría Académica
C.C. 51.904.522 de Bogotá



Corporación Educativa Nacional

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

C.E.N.

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución
N° 005303 Julio 12 / 2011, Acuerdo número 041 Febrero 5 / 2010
Ministerio de Protección Social

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 033

El Consejo de Dirección de la Corporación Educativa Nacional C.E.N., según acta número 062 suscrita en su
sesión del día 03 de Julio de 2012



Mariela Jazmín Cárdenas Cabrera

Identificado (a) con C.C. No. 1.010.211.445 de Bogotá D.C. (Bogotá)

Cumplió satisfactoriamente todas las regulaciones exigidas por los acuerdos y reglamentos de la Institución,
resuelve otorgar el certificado de aptitud ocupacional

Auxiliar en Enfermería

En nombre y representación de la Corporación Educativa Nacional C.E.N., y de la República de Colombia, previo
juramento de rigor, la Dirección de la Institución hizo entrega del certificado correspondiente

En testimonio de lo anterior se firma en el Municipio de Funza, Cundinamarca, a los 14 días del mes de Julio del año 2012

Diana Patricia Puche C.

Henry Puche Cabrera



CERTIFICACIÓN

CONFERENCISTAS

Najila M. Duque Monroy
Neonatóloga

María Luisa Contreras Díaz
Especialista en Cuidado Intensivo
Pediátrico

Mónica P. Sánchez Vargas
Neonatóloga

Andrés R. Sanmiguel Benavides
Especialista en Pediatra

Andrés Felipe Galindo Angel
Médico Pediatra

María C. Sandoval Maldonado
Enfermera Jefe
Especialista en Cuidado Crítico
Neonatal

Carlos Andrés Bonna Bermúdez
Neumólogo, pediatra

Sr. (a) CARDENAS CABRERA MARIELA JAZMIN
CC. 1.010.211.445

Realizó y aprobó el Curso Virtual Atención Integrada a las Enfermedades
Prevalentes de la Infancia 'AIEPI' (2 meses)

Desde el 17 de Enero al 23 de Marzo de 2018 en la ciudad de Bogotá.

Atentamente,

Carlos Andrés Bonna Bermúdez
Director de programa AIEPI
Representante Legal Inversiones Nobbon SAS
Neumólogo, pediatra



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que MARIELA JAZMIN CARDENAS CABRERA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1.010.211.445 de Bogotá, realizó y aprobó el programa de PROFUNDIZACIÓN TÉCNICA EN ATENCION AL RECIEN NACIDO CRITICO EN LA UNIDAD NEONATAL con las siguientes evaluaciones e Intensidad horaria:

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

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

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

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

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940300867290CC1010211445N.

Scanned by CamScanner



CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Aprobación Oficial Según Acuerdo Ejecutivo No. 176 del 21 de Mayo de 2009 del
Ministerio de la Protección Social y Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012 de la
Secretaría de Educación de Cundinamarca

Certifica que:

Mariela Jazmín Cárdenas Cabrera

Identificada con D.I. No. 1.010.211.445

Asistió al curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

El día 17 de Diciembre del año 2017 con una intensidad de 40 horas



[Signature]
Dra. Mariela Gibrana Peraza Castillo
Directora General
Tel: 750 911-6

Dra. Mariela Gibrana Peraza Castillo
Directora General
Tel: 750 911-6

[Signature]
Victor Manuel Peraza Castillo
Abogado Instructor
Tel: 18553 del C.SJ

Dr. Victor Manuel Peraza Castillo
Abogado Instructor
Tel: 18553 del C.SJ

[Signature]
Ing. Ledy Andrea Camón
Coordinadora Académica
Cel: 25228-352692

Ing. Ledy Andrea Camón
Coordinadora Académica
Cel: 25228-352692



Bogotá D.C

Señores:

Subred integrada de servicios de salud centro oriente.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Maríela Jazmín Cardenas Cabrera 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:

Asistente de enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Maríela Cardenas

No. de documento: 1010211445

Tarjeta profesional No: 1010211445

Dirección de contacto: Cll 49 Sur N° 11 B 49 este.

Teléfono: 3052645666

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.211.445**

CARDENAS CABRERA

APELLIDOS
MARIELA JAZMIN

NOMBRES

[Signature]
Jazmin Cardenas
FIRMA



INDICE DERECHO

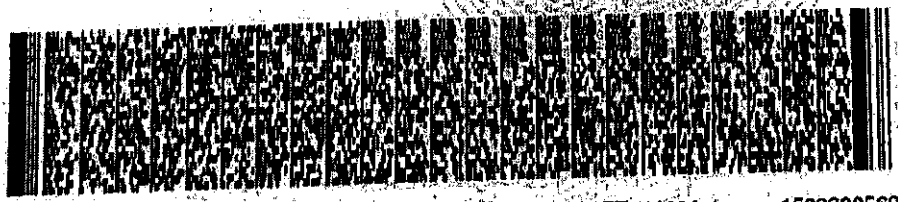
FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-NOV-2011 **BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00510473-F-1010211445-20131115 0035795428A 1 1522620568



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUSCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

02

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14471035361



(415)7707212489984(8020)0060014471035361

1 0 1 0 2 1 1 4 4 5 - 7 Impuestos de Bogotá

3 2

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 1 0 2 1 1 4 4 5

27. Fecha expedición:

2 0

1

1

1

1

1

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CARDENAS

32. Segundo apellido

CABRERA

33. Primer nombre

MARIELA

34. Otros nombres

JAZMIN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Signa

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 12 ESTE 75 B 28 SUR

42. Correo electrónico:

yas_min456@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

3 6 5 3 9 3 1

3 0 5 2 6 4 5 6 6 6

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0

1 2

0 7

1 7

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Año

Mes

Día

Otras actividades

50. Código:

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

54. Código:

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

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 CARDENAS CABRERA MARIELA JAZMIN

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 14-06-2018

Hora: 9:07:01 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1010211445-7 MARIELA JAZMIN CARDENAS CABRERA

Información General

Dirección TV 12 ESTE 75B 28 SUR

Teléfonos 3653931-3052645666

Dirección electrónica yas_min456@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 14/06/2018

Soporte Inscripción 21042313

Fecha Inicio Actividades 17/07/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO
TERAPEUTICO (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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

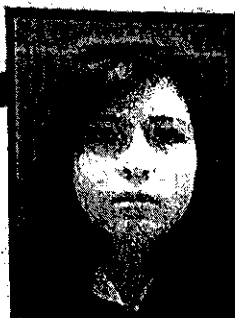
Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002961635



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

MARIELA JAZMIN

CARDENAS CABRERA

C.C. 1010211445

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedición 04/09/2012

Identificación Plástica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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



ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

1010211445

Primer Nombre *

mariela

Primer Apellido *

cardenas

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1010211445	MARIELA	JAZMIN	CARDENAS	CABRERA	Ver

Información Detallada [CC: 1010211445] MARIELA JAZMIN CARDENAS CABRERA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/7/17	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Vacuna	Enfermedad que previene
BCG	Tuberculosis
Hepatitis B	Hepatitis B
Polio	Poliomielitis
DPT	Difteria, tos ferina y tétanos
Haemophilus Influenzae tipo B	Meningitis por haemophilus Influenzae tipo B
Influenza	Influenza
Triple viral	Sarampión, parotiditis y rubéola
Fiebre amarilla	Fiebre amarilla

Número de dosis y edades de aplicación	Fecha de aplicación DIA/MES/AÑO	Lote N°
Dosis recién nacido		
Dosis recién nacido	1. D	
Primera: 2 meses	7 OCT 2009	
Segunda: 4 meses		
Tercera: 6 meses		
Dosis recién nacido		
Primera: 2 meses	28 MAR 2012	
Segunda: 4 meses		
Tercera: 6 meses		
Primer Refuerzo: 18 meses	3 Sep 2012	
Segundo Refuerzo: 5 años		
Primera: 2 meses		
Segunda: 4 meses		
Tercera: 6 meses		
Primer Refuerzo: 18 meses		
Segundo Refuerzo: 5 años		
Primera: 2 meses		
Segunda: 4 meses		
Tercera: 6 meses		
E a 23 meses: 2 dosis con intervalo de 4 semanas. Mayor o igual de 2 años: una dosis anual.		
Primera: 12 meses		
Refuerzo: 5 años	3-09-2004 Montserrat RSC LTD	
Primera: 12 meses		
Refuerzo: a los 10 años de la primera dosis	7 OCT 2009 Clara	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	12 JUN 2013	BAH3KCEAF	Gerónica López
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Polio Humano				

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL		HISTORIA CLÍNICA No 1010211445
EMPRESA CONTRATANTE: Subred Norte Unidad Servicios Suba		
INGRESO ☒	PERIÓDICO ☐	EGRESO ☐ ESPECIAL ☐
NOMBRE: Maricela Izamín Cárdenas Casera		FECHA: 21/06/13
CARGO: Aux. Enfermería		C.C. 612
CIUDAD: 612		
A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES		
1. EXÁMEN MÉDICO ☒	5. VISIOMETRÍA ☐	LABORATORIOS: _____
2. AUDIOMETRÍA ☐	6. PRUEBA SICOTÉCNICA ☐	_____
3. ESPIROMETRÍA ☐	7. OTROS ☐	_____
4. OPTOMETRÍA ☐		
CONCEPTO		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: ☐		NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: ☐
APTO CON RECOMENDACIONES PARA LABORAR EN ALTURAS: ☐		POR MOTIVO DE: _____
APLAZADO: ☐	MOTIVO: _____	NO APLICA: ☒
EXÁMEN DE INGRESO		
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO		SIN PATOLOGÍA APARENTE: ☒
		CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR: ☐
APTO CON RESTRICCIÓN: ☐		POR MOTIVO DE: _____
APLAZADO ☐		POR MOTIVO DE: _____
NO CUMPLE LOS REQUERIMIENTOS MÉDICOS PARA EL CARGO ☐		POR MOTIVO DE: _____
EXÁMEN PERIÓDICO		
PUEDE CONTINUAR LABORANDO ☐		
SE SUGIERE REUBICACIÓN TEMPORAL ☐		POR MOTIVO DE: _____
LABORAL PERMANENTE ☐		POR MOTIVO DE: _____
EXÁMEN DE EGRESO		
RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE ☐		RETIRO CON PATOLOGÍA PARA SEGUIMIENTO EN EPS ☐
EXÁMEN ESPECIAL		
REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO		
SE SUGIERE REUBICACIÓN TEMPORAL ☐		POR MOTIVO DE: _____
LABORAL PERMANENTE ☐		POR MOTIVO DE: _____
CONDUCTA		
MANEJO POR EPS/ARL	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA
CONTROL PERIÓDICO PP POR EPS ☐	CONTROL PERIÓDICO OCUPACIONAL ☐	DIETA ☐
REMISIÓN A EPS POR ☐	HIGIENE POSTURAL ☐	EJERCICIO REGULAR 3 VECES POR SEMANA ☐
CONTINUAR MANEJO MÉDICO ☐	UTILIZACIÓN DE EPP ☒	DEJAR EL HÁBITO DE FUMAR ☐
REMISIÓN ARL PARA MANEJO DEL CASO ☐	UTILIZACIÓN DE AYUDAS ERGONÓMICAS ☐	REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL ☐
SEGUIMIENTO CASO ARL ☐	REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ☐	
INCLUIR EN SVE	VISUAL ☐ AUDITIVO ☐ RESPIRATORIO ☒	ERGONÓMICO ☐
	CARDIOVASCULAR ☐ PSICOLABORAL ☒ BIOLÓGICO ☐	QUÍMICO ☐
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS		
Apto Para Desempeñar el Cargo Sin Patología Apparente		
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado.		
Susan G. Serrato Torres Médica Cirujana, Especialista en Gerencia en Salud ocupacional y Patología Laboral. Uspifur C.P. 52926850. R.C.M. 4004/15		Maricela Izamín Cárdenas Firma del Trabajador cc 1010211445



CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO



Aprobación Oficial Según Acuerdo Ejecutivo No. 176 del 21 de Mayo de 2009 del
Ministerio de la Protección Social y Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012 de la
Secretaría de Educación de Cundinamarca

CERTIFICA QUE:

Mariela Jazmín Cárdenas Cabrera

D.I. No. 1.010.211.445

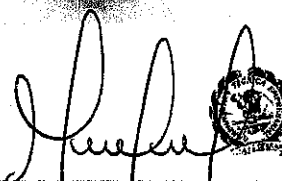
Asistió al Curso Taller:

Soporte Vital Básico SVB (BLS)

"Abordaje al Paciente con parada Cardiorespiratoria"

Dado en Bogotá D.C. el día 30 de Mayo de 2018, con una duración de 20 horas

BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL (CNR) Y DE LOS COMITÉS INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR 2015-2020, DE ACUERDO LO QUE EXIGE LA RESOLUCIÓN 1043 DEL MIN-PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

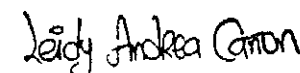


**Corporación Técnica
Empresarial para el Trabajo**
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Dra.: MARTHA BIBIANA PERAZA CASTILLO
DIRECTORA GENERAL
R.M. 118653



Dr.: ALEJANDRO SOLANO
INSTRUCTOR BLS-ACLS
R.M. 1030638106



ING.: LEIDY ANDREA CAÑON
COORDINADORA GENERAL
CND.: 25228-352692

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p> </div> <div> <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</p> </div> <div> <p>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p> </div> </div>									
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT									
FECHA: 13 06 2018		CIUDAD: Bogotá		DEPARTAMENTO: Cundinamarca					
<p>Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 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.</p>									
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: Cardenas		SEGUNDO APELLIDO: Cabrera		PRIMER NOMBRE: Mariela		SEGUNDO NOMBRE: Jazmin			
TIPO DE IDENTIFICACION: ☒ C ☐ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐		No IDENTIFICACION: 1010 211 445		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2011-11-10			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: ☒ SI ☐ NO					
FECHA NACIMIENTO: 08-11-1993		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá		PAIS NACIMIENTO: Colombia		NACIONALIDAD: colombiana			
SOLTERO ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDA ☐		ESTADO CIVIL:		PERSONA A CARGO:		NUMERO DE HIJOS:		TELEFONO CELULAR: 305 264 5666	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									
MAESTR ☐		POSGRADO ☐		UNIVERSITARIO ☐		BACHILLER ☐		PRIMARIA ☐	
TECNICO ☒		TECNOLÓGICO ☐		CUAL: _____		Profesion / Oficio: Auxiliar enfermería			
DIRECCION RESIDENCIA: Cll 49 No 11 B 49 Este		CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá		DEPARTAMENTO: Cundinamarca		PAIS RESIDENCIA: Bogotá		TELEFONO RESIDENCIA: 297 5297	
CORREO ELECTRONICO: gas-min4sb@hotmail.com		PORTAL O PAGINA INTERNET:		TIPO DE VIVIENDA: 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:			
TIPO DE IDENTIFICACION: CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐		NUMERO IDENTIFICACION:		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio):		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		CUAL: _____		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: ☐ SI ☐ NO		NACIONALIDAD:	
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 ☐ NO ☒		IVA: SI ☐ NO ☒		ICA: SI ☐ NO ☒		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692	
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒					
FUNCIONARIO PUBLICO: SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS: SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA:		GOBIERNO ☐		COMERCIAL ☐		SERVICIOS ☐		SALUD ☐	
EXPORTACIONES ☐		AGRICOLA ☐		ENERGETICA ☐		FINANCIERA ☐		TRANSPORTE ☐	
OTRA ☐		CUAL: _____		TECNOLOGIA ☐		ALIMENTOS ☐		MEDICAMENTOS ☐	
DIRECCION DE LA EMPRESA:		TELEFONO:		CIUDAD/MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:		PAIS:	
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:	

Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATEGICO - GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CODIGO: ET-CA-FF-011 VERSION: 02 FECHA: 2017-08-22	
5. INFORMACION FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1500.000	GASTOS FAMILIARES	600.000	AJUROS	—	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	—	ARRENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1500.000	TOTAL EGRESOS	600.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES							
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Martinez		Torres		Ana		Mireya	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
Trav 12 EN° 35 B 28 sur		Bogota		Amiga		3118196533	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
Davivienda		Ahorro		451870060345			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS						CUAL:	
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐							
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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el proposito de que se pueda dar cumplimiento a lo 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 Anticorrupcion"							
1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):							
Auxiliar de enfermeria							
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique)							
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas							
4. Asi 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 declaracion, 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 informacion erronea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violacion del mismo							
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e informacion que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE							
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS							
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador publico o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante <i>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible</i> Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante							
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes).							
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.							
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital							
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%							
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)							
6. Estados Financieros del último 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 INFORMACION 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 Superintendencia 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 articulo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la proteccion de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposicion, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevencion, deteccion, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorizacion de su titular, la cual proviene de la Ley							
3. Que los datos personales adicionales para el estudio tecnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes							
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, 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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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

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

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

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

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

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: sarlaft@subredcentroorient.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorient.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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Jazmin Cardenas



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice 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:	<div>ACEPTADO ☐</div> <div>RECHAZADO ☐</div>
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 JAZMIN CARDENAS CABRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.010.211.445 , se encuentra Afiliado 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
20121201	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de junio de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

CASA

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

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
8912524

CER-AFI



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARIELA JAZMIN CARDENAS CABRERA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,010,211,445**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Junio de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1010211445

Numero de Documento

SURA

ARL

Mariela

Primer Nombre

Jazmin

Segundo Nombre

Cardenas

Primer Apellido

Cabera

Segundo Apellido

08 - Noviembre - 1993

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota

Ciudad de Nacimiento

Cll 49 Sur 4° 11B 49 41d

Dirección de Residencia

2935297

Teléfono Fijo

Compenzar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 1.524.600

Honorarios

Asistente de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

jas-min456@hotmail.com

Correo Electrónico

305 2645666

Celular

Mariela Jazmin Cardenas

Firma del Afiliado

Alfonso B

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

cc. 5251960 Btg.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110662669



WEB

04:10:20

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 06 de junio 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 JAZMIN CARDENAS CABRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010211445:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

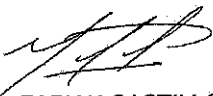
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 06 de junio de 2018, a las 04:12:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1010211445
Código de Verificación	1010211445180606041232

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.



NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB



Bogotá D.C., 6 de Junio de 2018 - 4:13 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: **UN MIL DIEZ MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO**

1010211445

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **6_56MQD_134**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:22:58 horas del 25/05/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1010211445

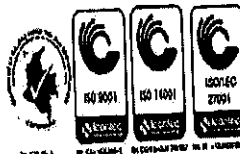
Apellidos y Nombres: **CARDENAS CABRERA MARIELA JAZMIN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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



Carrera 27 N° 18 - 41
(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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/06/06

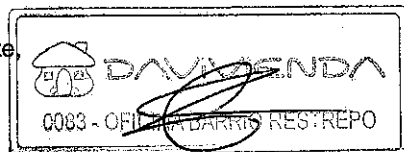
Por medio de la presente hacemos constar que la señora **MARIELA JAZMIN CARDENAS CABRERA**
con Cédula de Ciudadanía número **1010211445**
de **BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL**
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 451870060345

Fecha Apertura 2012/08/01

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA