Colombia Compra Eficiente

Buscar por proceso Menú

Buscar

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Mariluz Cifuentes rodriguez,

MARILUZ CIFUENTES con el NIT 52467523 creada

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

Haga clic aquí para continuar >

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

Última Actualización: 30-jun-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CIFUENTES	RODRIGUEZ	MARILUZ

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52467523

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES DIC AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 7 A SUR # 80-34

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 7780504

EMAIL mariciro@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NO AÑO 1989

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

Última Actualización: 30-jun-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: subred integrada de servicios de salud centro oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 9 MES 1 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: auxiliar enfermeria	*DEPENDENCIA*: asistencial	*DIRECCIÓN*: calle 34 # 5- 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL BOSA II NIVEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7764038	*FECHA DE INGRESO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 8 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN*: CALLE 65 D SUR#79 C 90	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL USAQUEN I NIVEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 6583030	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN*: CARRERA 6 A # 119 B - 14	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 30-jun-2017

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7799800	DIA 22 MES 7 AÑO 2009	DIA 31 MES 5 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CARRERA 78 A BIS # 69 B -76 SUR

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	4	6
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

EVELO/09/2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 30-jun-2017

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

TIPO DE BIENES Y RENTAS

YO, YDELIO7 CIÑUENTES RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 52467523 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA | Departamento BOGOTA | Municipio BOGOTA

Dirección C11 73 A 81 F - 16 SUR | Teléfonos 3134278406 / 7780804

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
BRANDON STEVEN CASTRO	1012448002	HIJO
DILAN ANDRES CASTRO CIÑUENTES	1000120985	HIJO
MARIA FERNANDA CASTRO	1000	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	16'434.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$16'434.000 -

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	66950336740	VENECIA	10.-

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
MOTOCICLETA	BWS X YAMAHA 125 MODELO 2017	8.300.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1. BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

3. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

4. FIRMA

Firma Ciudadano

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá

CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Instituto de Educación Media Diversificada "Inem"

Francisco de Paula Santander

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Decretos Nos. 1962 de 1969, 1085 de 1971 y Resoluciones Nos. 130 de1978 y de Aprobación No. 04374 del 27 de Noviembre de 1989

Confiere a:

Mariluz Cifuentes Rodriguez

c.c. 52.467.523 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Comercial

Contabilidad

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

Rector

Secretario

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. A 27 de Noviembre de 1996

anotado al folio 20e del Libro de Registro número 94

Secretario de Educación

En Stafe Bta a 8 de Enero de 1998

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 7 de mayo de 2004
emanada de la Secretaría de Educación de Soacha (Cundinamarca)

CERTIFICA

QUE: *Mariluz Cifuentes Rodríguez*

Cursó y aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley.
Con una intensidad de 1800 horas.

Le Confiere el Certificado de Técnico Laboral en

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

7-febrero-2008
250299

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

ROSMY ANDREA CUADROS GERENA
Directora Académica

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los 15 del mes de Diciembre de 2007
Anotada en el Folio 351 del Libro 1 del registro de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta

ESCUELA DE SALUD

TERESSA DE CALCUTA

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de mayo de 2004. Emanada de la Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca).

ACTA GENERAL N° 0008

En Soacha (Cundinamarca) el día 15 de Diciembre del año 2007, se reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta, la Representante Legal, la Directora General, La Directora Académica y el cuerpo de docentes. Previo juramento de rigor se le hizo entrega a:

ACTA INDIVIDUAL N° 7857

Maritza Cifuentes Rodriguez

C.C. 52.467.523 de Bogotá D.C.

El Certificado que lo(a) acredita como:

TÉCNICO LABORAL EN

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley

Para constancia se firma la presente en Soacha, (Cundinamarca) a los 15 días del mes de Diciembre del año 2007

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

ROSMY ANDREA CUADROS GERENA
Directora Académica

Cra. 7 N° 16-35 Tel.: 781 40 19 SOACHA (CUNDINAMARCA)

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA
INEM "FRANCISCO DE PAULA SANTANDER"

Calle 38C No. 82a-08
Teléfonos: 2646508 y 2735376

Inscripción Dane: 111001-024736
Inscripción Sria. Educación: 1842

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Santafé de Bogotá, a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de mil novecientos noventa y seis (1996), se reunieron en la Rectoría los suscritos Rector y Secretario del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada, INEM "FRANCISCO DE PAULA SANTANDER" de Bogotá, Institución aprobada hasta 1998, los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica Secundaria y Media Vocacional, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad **CONTABILIDAD**, creado por el Decreto Nacional No. 1962 de 1969 y la Resolución No. 8177 de 1975 y autorizado según Resoluciones Nos. 04374 del 27 de Noviembre de 1986 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.E. y 936 del 29 de Abril de 1972 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.E., con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último Grado.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER en el Area **COMERCIAL** - Modalidad **CONTABILIDAD** al graduando, cuyos apellidos, nombres y documento de identidad se relacionan a continuación:

(112) **CIFUENTES RODRIGUEZ MARILUZ C.C. 52.467.523 BOGOTA**

Es fiel copia tomada del Acta General No. 30 de fecha veintisiete (27) de Noviembre de mil novecientos noventa y seis (1996) que consta de 501 alumnos que comienza con el nombre de ARDILA BUITRAGO KINSTHMENA ANDREA y termina con el nombre de VELANDIA MARCIALES MIRIAM, firmada y sellada por NEIYER JAIRO CORREAL TORRES (RECTOR) y JOEL MARULANDA TORRES (SECRETARIO).

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a 12 días del mes de Julio de 1997.

NEIYER JAIRO CORREAL TORRES
RECTOR
CC. 17.094.709 DE BOGOTA

JOEL MARULANDA TORRES
SECRETARIO
CC. 2.902.424 DE BOGOTA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Mariluz Cifuentes Rodríguez

52.467.523

Aprobó el Curso:

Primer Respondiente para Personal Salud

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

Bogotá – Colombia, 29 de julio de 2016

José Octaviano Barrera Gutiérrez
Director de Urgencias y Emergencias en Salud

DUES CRUE

20160729O212O0O3006

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ANGELES DE LA SALUD
NIT 79719243-8

CERTIFICA QUE:

MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ

C.C. 52`467.523

Ha completado satisfactoriamente el curso(s) taller(s) en **ATENCION PREHOSPITALARIA (APH)** con una intensidad horaria de (40) cuarenta horas, basado en los Requerimientos del decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTA DC DEL 19 AL 20 DE NOVIEMBRE DEL 2016

NELSON F. CASTILLO
INSTRUCTOR

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 89ABIS NUMERO 22 A 39 BARRIO CAPELLANIA
CEL Y WHATSAPP: 3194894626
CORREO ELECTRONICO:
TWITTER:
DIRECCION WEB:

VIGENCIA NOVIEMBRE 2018

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
CERTIFICA QUE:

MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ

C.C.: 52467523

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Diaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Bogotá D.C

Señores:

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CUCUTA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, YARILIS CIFUENTES RODRIGUEZ 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

No. de documento: 52 467 523 BTA

Tarjeta profesional No: 52 467 523 BTA

Dirección de contacto: CLL 72 # 81 F 16

Teléfono: 778 0504

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital de Bosa

SATHC 357 /15

EL SUSCRITO
ASESOR JURÍDICO
CERTIFICA QUE:

La Señora **MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.467.523 de Bogotá, presta sus servicios en calidad de contratista como **AUXILIAR DE ENFERMERIA APH** mediante la modalidad de prestación de servicios, a continuación se relaciona los contratos suscritos con la entidad:

CONTRATOS Nos.	VALORES	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN
As 705/ 2014	$1.843.658	01 JUN. 2014	31 JUL. 2014
As 759/ 2014	$ 2.765.487	01 AGO. 2014	31 OCT. 2014
As 959/ 2014	$ 921.829	01 NOV. 2014	30 NOV. 2014
As 1120/ 2014	$ 921.829	01 DIC. 2014	31 DIC. 2014
As 32/ 2015	$ 921./829	01 ENE. 2015	31 ENE. 2015
As 205/ 2015	$ 921.829	01 FEB. 2015	28 FEB. 2015
As 363/ 2015	$2.876.106	01 MAR. 2015	31 MAY. 2015
1° ADICION	$ 255.654		31 MAY. 2015
As 609/ 2015	$ 958.702	01 JUN. 2015	30 JUN. 2015
1° ADICION	$ 447.394		30 JUN. 2015
As 773/ 2015	$ 958.702	01 JUL. 2015	31 JUL. 2015
As 957 /2015	$ 958.702	01 AGOS. 2015	31 AGOS. 2015

En ningún caso estos contratos generan vínculo laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable, se expide a solicitud de la interesada, el jueves tres (03) del mes de septiembre de dos mil quince (2015).

MARCO FIDEL MOSQUERA ANGARITA

	NOMBRES	CARGO	FIRMA
Elaborado por	Liliana Gómez Cárdenas	Secretaria	
Revisado por	Adriana Cancino Reyes	Profesional Área de Talento Humano	

Para cualquier información o confirmación favor comunicarse al teléfono 776 4128 con la Oficina de Talento Humano.

10

LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO - OPS
DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 800.219.600-3

HACE CONSTAR:

Que entre el HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO y el (la) señor (a) **MARYLUZ CIFUENTES RODRIGUEZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 52.467.523** se celebró la Orden de Prestación de Servicios **No.612/2009**, con fecha de inicio 22 de Julio de 2009 hasta 30 de Junio 2010, con la Orden de Prestación de Servicios **No. 1642/2010**, con fecha de inicio 1 de Julio de 2010, hasta el 31 de Diciembre de 2010, y con la Orden de Prestación de Servicios **No. 422/2011** con fecha de inicio de 03 de Enero de 2011, hasta el 31 de Mayo de 2011 Por un valor mensual de UN MILLÓN CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. ($1.050.000); como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** no existiendo vinculo laboral entre el Hospital y la persona mencionada.

Objeto de la Orden: Desarrollar actividades de Salud Publica, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo que garanticen el cumplimiento de metas u objetivos institucionales.

Se expide la presente constancia en Bogotá, a los Dos (02) día del mes de Junio de 2011.

CLAUDIA LORENA CORTES ARIAS
Abogada

Copia: Archivo
Reviso: mln
Elaboro. jalp

SERVIOLA S.A.

NIT: 800.148.972

CERTIFICACION

Que la Señora FUENTES RODRIGUEZ MARILUZ identificada con Cedula De Ciudadania número 52,467,523, trabaja en nuestra empresa desde el 28 de Abril de 2013, mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR, y en ejercicio del mismo fue asignado como trabajador en misión a la usuaria FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, desempeñándose en el cargo de ORIENTADOR SALA DE ESPERA con una asignacion mensual de NOVECIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS ($909,497).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado a los 06 días del mes Septiembre de 2013 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

LEONARDO ALVARADO ROBAYO
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

UM: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - - 221326

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.467.523**

CIFUENTES RODRIGUEZ

APELLIDOS

MARILUZ

NOMBRES

Mariluz Cifuentes R.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-DIC-1977**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-ABR-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00410844-F-0052467523-20121106 0031611993A 1 1222023080

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

3. Consecuencia: 0 | 2 Actualización

4. Número de formulario: 14203139352

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 52467523 — 4

6. DV | 13. Dirección seccional

14. Dígito de verificación: 3 | 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento: 2 Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación: 52467523

27. Fecha de expedición: 19960416

Lugar de expedición: 28. País: COLOMBIA

29. Departamento: 16 Bogotá D.C

30. Ciudad/Municipio: 1 Bogotá, D.C.

00

31. Primer apellido: CIFUENTES

32. Segundo apellido: RODRIGUEZ

33. Primer nombre: MARILUZ

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA

39. Departamento: 16 Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio: 11 Bogotá, D.C.

001

41. Dirección principal: CL 73 61 F 16 SUR SRR SOSA LAURELES

42. Correo electrónico: MARICIRO@GMAIL.COM

43. Apartado aéreo:

44. Teléfono 1: 7750504

45. Teléfono 2: 3134278406

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 de trabajadores
8692	20070216	8299	20070216				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

56. Tipo

Exportadores

Servicios: 1 2 3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI | NO: X

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2014 05 29

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde al mismo(a) la veracidad, exactitud, integridad y autenticidad con que la misma sea suministrada. (Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2006)

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice posteriormente.

162. Nombre: CUERRERO MUÑOZ EVER ANDRES

163. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento RUT: 17/04/2014 12:30:37

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-09-2015
Hora: 12:56:28 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52467523-4 MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ

Información

Dirección	CL 73 81 F 16 BRR BOSA
Teléfonos	7780504-3134278406
Direccion	mariciro@gmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripcion	17/09/2015
Soporte Inscripción	16939891
Fecha Inicio Actividades	16/02/2007
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica 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: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5 -

Fecha Inicio



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MARILUZ
CIFUENTES RODRIGUEZ
C C. 52467523

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 24/04/2015

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

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

Departamento de CUNDINAMARCA

RESOLUCION No. 25 0299 DE 2008

(07 FEB. 2008)

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional".

LA SECRETARIA DE SALUD (E)

En uso de sus facultades legales conferidas por las Resoluciones Nos. 0285 de febrero 7 de 1939, 8211 del 15 de julio de 1969 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.52.467.523 DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C,** solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, TITULO** que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA DE SOACHA- CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA GENERAL No.008 Y ACTA INDIVIDUAL No.351, DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 2007.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** conferido a **MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.52.467.523 DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C,** que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA DE SOACHA-CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA GENERAL No.008 Y ACTA INDIVIDUAL No.351, DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 2007.**

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional, y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 07 FEB. 2008

ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud (E)

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 *

52467523

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).

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Mary Luz

Apellidos: Cifuentes Rodriguez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52461523

Fecha de Nacimiento: Día. 09 Mes. 12 Año. 1977

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	020106		
	2	150206		
	3	130307		
	4	170409		
	5	200409		
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		30-Diciembre-2009	Lote: G7030 Exp. 65248-1 02-2014 061 959710	Sandra Milena Salcedo AUX DE ENFERMERIA C.C. 52467794
Contra Influenza		08-ABRIL-2010		Sandra Milena Salcedo AUX DE ENFERMERIA C.C. 52467794
AH1N1				
Otras				
Neumococo		29-042009	PASTEUR MERIEUX	

ASPIA110AA 11-2010 10-2013

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Mary Luz

Apellidos: Cifuentes Rodriguez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52467523

Fecha de Nacimiento: Día. 09 Mes. 12 Año. 1977

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	22-11-2009	colsubsidio	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra patitis B	1	Jul-27-2010	Lote 03A880 13A	ANGIER
	2	Sep-28-2010	03A180 13A	ANGIER
	3	Oct-26-2011	03A180 13A	ANGIER

VACUNA CONTRA EL SARAMPION, PAROTIDITIS, Y RUBEOLA Viva, Atenuada (Liofilizada)
SERUM INSTITUTE OF INDIA LTD.
212/2, Hadapsar, Pune 411 028, INDIA.
Lote: 013M110278
EXP. AUG 2011

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Influenza				
Otras	VARICELA	22-11-2009	colsubsidio	
	Lote 012L5468-66-10			
HEPATITIS B	1 - NOV-28/12			

GOMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 N° 46 A-13 La Castellana
Tel: (1) 257 2311 - 257 2315
Fax: 616 5051 Bogota, D.C
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogota Fecha 17 - Nov | 2016
Nombre Mariluz Cifuentes Rodriguez
Identificación 52467523
Fecha de nacimiento 09- Dic | 1977 Edad 39 años
Cargo Auxiliar de Enfermeria
Género MASCULINO ___ FEMENINO X
Empresa Unidad la Victoria
Empresa usuaria

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ OTRO ___

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO ___ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ___
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES ___ CON RESTRICCIONES ___
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ___ NO SATISFACTORIO ___

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Medico Satisfactorio
FISIOMETRÍA
AUDIOMETRIA
ESPIROMETRIA
EXAMENES PARACLINICOS
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Higiene postural pausas activas laborales ejercicios de estiramiento dieta y control de peso.

Medico Dr Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858
Firma, firma y sello del médico
T.P. 1143 Medico 1143 88
R.M. 14858

Paciente
Firma del paciente
Nombre
Cedula

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ
C.C. 52.467.523

ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE SOPORTE VITAL BASICO CON UNA INTENSIDAD DE 20 (VEINTE) HORAS TEORICO PRÁCTICAS

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 24 DE SEPTIEMBRE DE 2017
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

Daniel Moreno
C.C. 1.032.479.316
Enfermería

DANIEL MORENO
COORDINADOR - INSTRUCTOR

SEDE PRINCIPAL cra 87 j cl 61 – 04 sur Bosa La Libertad Bogotá DC
Cel. 3057639865
Email scesbogota@hotmail.com

ENFERMERIA

C.E.No. A0302

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ
C.C. 52.467.523

ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS TEORICO PRÁCTICAS

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 25 DE SEPTIEMBRE DE 2017
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

Daniel Moreno
C.C. 1.032.479.316
Enfermería

DANIEL MORENO
COORDINADOR

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
NIT. 1032479316-6

HARRIZON VANEGAS
INSTRUCTOR

SEDE PRINCIPAL cra 87 j cl 61 – 04 sur Bosa La Libertad Bogotá DC
Cel. 3057639865
Email scesbogota@hotmail.com

ENFERMERIA

C.E.No. A0303

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:	09/01/2018	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA

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		
CIFUENTES	RODRIGUEZ	YPELIN			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52467523	BOGOTA	1998-04-16
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
29/12/1977	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	HIJOS	4	3134278406

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CLL 72 # 81 F 16	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	7780504

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
HARICIRO@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

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

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐		SI ☐	NO ☒	8692
	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 [X] NO [ ]	SI [ ] NO [X]	SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT
GOBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [ ]		900.959.051

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAG. 34-S-43	3214484	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	AUXILIAR ENFERMERIA		**FECHA VINCULACION**	2017/01/10

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1.494.000	GASTOS FAMILIARES	700.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	600.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	300.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1494$000	TOTAL EGRESOS	1600.000	TOTAL ACTIVOS	$0	TOTAL PASIVOS	$0

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CAICEDO	SANCHEZ	JAVIER	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CLL 30 SUR # 9-50	BOGOTA	AMIGO	3005397646

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	66950336740	VENECIA	

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

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

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 aqui 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.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 y sus modificaciones, adiciones y complementos) o cualquier norma que lo sustituya, modifique o adicione.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 dias 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 dias 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

.. 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
listicas, 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, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y 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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Salud Total EPS

BOGOTÁ, Noviembre 17 de 2017

Señora:
CIFUENTES RODRIGUEZ MARILUZ
CC. 52467523
CL 72 N 81F 16 - 7790504
Ciudad

Ref: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 17 de 2012.
Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CASTRO CIFUENTES DILAN ANDRES	1000120985	T	Ene-17-2012	298	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CASTRO CIFUENTES MARIA FERNANDA	1000132633	T	Ene-17-2012	10	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	May-2-2012	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
CASTRO CIFUENTES MARIA FERNANDA	1000132833	T	Sep-26-2003	426	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CASTRO CIFUENTES BRANDON STEVEN	32213150	R	Nov-20-2000	17	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Nov-20-2000	Usuario Duplicado	Ninguna
CIFUENTES RODRIGUEZ MARILUZ	52467523	C	Ene-17-2012	298	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CASTRO CIFUENTES BRANDON STEVEN	97112017643	t	Ene-17-2012	298	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ACTIVOS S A	52467523	Dependiente	CERRADO
COOPSEIN C T A COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE	52467523	Dependiente	CERRADO
MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ	52467523	Trabajador Independiente	VIGENTE
SERVIOLA SA	52467523	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Elaboró: Angela Patricia Ricaurte Cubillos - Analista Integral de Servicio al Cliente/ Informador

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-01-09, 12:16:43 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1010324774 **Referencia pago(PIN)** 8885114710

Periodo Cotización 201801 **Periodo Servicio** 201801

Cliente:

PAGADA 2018-01-06 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ				
Documento	CC 52467523	**Dirección**	CLL 72 83 F 16 sur		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134278406		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CIFUENTES RODRIGUEZ MARILUZ	**Identificación**	CC 52467523		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00				N	CIFUENTES RODRIGUEZ MARILUZ	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																										Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC ARL	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 781.242	230301		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	NIN-AR		0.000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 222.700

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,467,523**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de Enero de 2018.

Gerente de Clientes

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52467523		SURA	
Numero de Documento		ARL	
YARILU		CIFUENTES	RODRIGUEZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
DIC/09/1977	BOGOTA	CL 72 # 81 F 16	7780504
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
S. TOMAS	PORVENIR	$ 1494.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
AUXILIAR ENFERMERIA			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
YARICIRO @ GMAIL.COM		3134278406	
Correo Electrónico		Celular	
Yaneth Cifuentes R			
Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 103738544

WEB
11:17:57

Bogotá DC, 05 de enero 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) MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52467523:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 05 de enero de 2018, a las 11:32:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52467523
Código de Verificación	52467523180105113215

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

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1997895

Bogotá D.C., 5 de Enero de 2018 - 11:45 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., el señor(a) **MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS VEINTITRES** de BOGOTA D.C.

52467523

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 aqui 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 articulo 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 Juridica

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.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_7LBU1_4511
El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_7LBU1_4511
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 05/01/2018 a las 11:27:41 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52467523 y Nombres: CIFUENTES RODRIGUEZ MARILUZ
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21. CAN. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 400
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAIS | Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

Referencia Bancaria

Jueves, 25 de Agosto de 2016

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ identificado(a) con CC 52467523, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado	Saldo
CUENTA DE AHORROS	66950336740	2015/10/30	ACTIVA	936.86

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

VIGILADO

le estamos poniendo el alma

Bancolombia