



RESULTS AND DISCUSSION

Notes

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

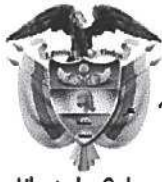
Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones LUZ ADRIANA OLAYA REREZ.

LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ con el NIT 52975444 creada

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

Id de página:: 140-174 Ayuda ?



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Olaya</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Pérez</u>	NOMBRES <u>Juz Adriana</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>52 975.444</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>29</u> MES <u>07</u> AÑO <u>1983</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cra 94 A # 65-41 sur Bkg 1 casa 20</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>7287291</u> EMAIL <u>adriolaya83@yahoo.es</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>10</u> AÑO <u>2000</u>

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO		
T.C	03	X		Auxiliar de Enfermería	12	2004		52975444

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente</i>	PÚBLICA <i>X</i>	PRIVADA	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>www.subredcentrooriente.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>344 44 84</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2015</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Auxiliar de Enf Ambulancia</i>	DEPENDENCIA <i>Ambulancia</i>	DIRECCIÓN <i>Cil 34 # 5-43</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

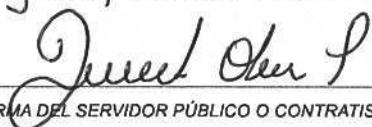
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	02	00
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	00	00
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	00	00
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	02	00

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá; Noviembre 22 de 2017


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52975444 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Bogotá D. C.

Municipio BOGOTA D. C.

Dirección CARRERA 94A No 65-41 SUR BLOQUE 1 INT. 20

Teléfonos 3114086776 7287291

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HECTOR ORLANDO OLAYA WILCHES	0	PADRE
MARIA BELLANIRA PEREZ MORENO	21133665	MADRE
DIEGO ANDRES SOLER OLAYA	1000159429	HIJO(A)
KEVIN JOSE SOLER OLAYA	1001045177	HIJO(A)
NICOLAS SOLER OLAYA	1011208444	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 17.800.000,00
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
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	102671468	AVENIDA PRIMERA	\$ 700,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	VIVIENDA	\$ 43.000.000,00
VEHICULO	AUTOMOVIL	\$ 7.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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



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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

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

c) En la actualidad: SI ☒ N ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

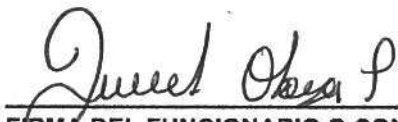
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	79840670

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


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá; Noviembre 22 de 2017
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Distrital Nuevo Kennedy

Jornada Nocturna

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.
según, Resolución No. 3683 de Noviembre 19 de 1999
En su programa de Jóvenes y Adultos del Centro Educativo Japon
Aprobado según acuerdo 23 de 1994 y anexo según,
Resolución 056 del 14 de Enero de 2000

Confiere A

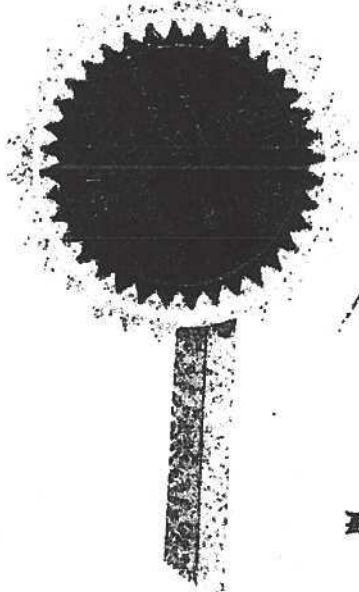
Luz Adriana Olaya Pérez

Identificado (a) conC.C. No. 9307222-10055... de Bogotá.....

El Título de:

Bachiller Académico

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



Rector

Secretario

Anotado al Folio No. 9 Libro de Registro No. 1

Dado en Bogotá D.C. a 13 de Octubre de 2000

"No requiere Registro" según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1997

La República de Colombia

El Ministerio de Salud y en su nombre

La Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Educación No Formal

por el Ministerio de Salud según Acuerdos No. 04 de Noviembre 30 de 1993 y No. 28 de Septiembre 3 de 1998 y Resolución No. 1535 del 14 de Abril de 1994 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital.

Teniendo en cuenta que

Luz Adriana Olaya Pérez

Identificado con la C.C. No. 52.975.444 de Bogotá, D.C.

terminado satisfactoriamente los estudios en la especialidad de
Técnico Auxiliar de Enfermería

Se confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional

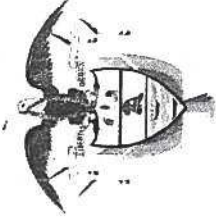
Rector(a)

Secretario(a)

Dado en Santa Fe de Bogotá a 16 de Diciembre de 2004

Anotado al libro de Registro No.

Folio



Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. 2414
DANE 11100124663

COLEGIO DISTRITAL NUEVO KENNEDY PROGRAMA CEDA JAPÓN

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los Trece (13) días del mes de Octubre del año 2000
se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la
rectoría del CENTRO EDUCATIVO JAPÓN JORNADA NOCTURNA, anexo al

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL NUEVO KENNEDY según Resolución No. 056 de Enero 14 de 2000
Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media y autorizada por Secretaría de Educación
del Distrito para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADÉMICO
según Resolución No. 3683 del 19 de Noviembre del año 1999

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios
correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el TITULO DE,
BACHILLER ACADÉMICO

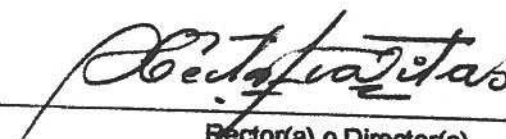
al graduado cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

OLAYA PÉREZ LUZ ADRIANA T.I. 830729-10055 DE BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 001 de fecha 13/10/2000 que consta de 49 alumnos que
comienza con el nombre de ACOSTA SILVA OSCAR JAVIER
y se cierra con el nombre de ZAPATA SANTAMARÍA JOHN FABIO
firmado y sellado por HÉCTOR ALVARO SILVA TOLOZA (Rector)
y MARTHA LUCÍA LUQUE GARZÓN (Secretario).

Dada en Bogotá, D.C. a los Trece (13) días del mes de Octubre del año 2000

Firmado y Sellado


Rector(a) o Director(a)
C.C. No. 19.128.786 de Bogotá


Secretario(a)
C.C. No. 41.676.811 de Bogotá

Diploma No.

**ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"**

APROBACION OFICIAL

**ACUERDO No. 004 del 30 de NOV de 1993
ACUERDO No. 028 del 03 de SEPT. de 1998
RESOLUCION No. 1535 de abril 14 de 1994**

Folio: 34

Inscripción S.E.D 1535 de 1994
Inscripción M.S.N No. 004 de 1993
Inscripción M.S.N No. 028 de 1998

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

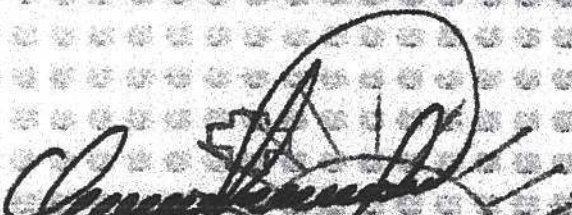
En la ciudad de Bogotá, a los dieciséis (16) días del mes de diciembre de 2004 se reunieron con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de **TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"** institución aprobada por el **MINISTERIO DE SALUD** mediante Acuerdo Ejecutivo No. 04 de Noviembre 30 de 1993 y Acuerdo Ejecutivo No. 028 del 3 de Septiembre de 1998 y por la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO**, según Resolución No. 1535 de abril 14 de 1994 y autorizada para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL**. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de **TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, se procedió a otorgar el **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL** al Egresado cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. O T.I.	EXPEDIDO EN
LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ	52.975.444	BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General original No. 23 de fecha diciembre 16 de 2004 que comienza con el nombre de ACHURY GUACANEME RODRIGO HERNAN y se cierra con el nombre de VILLAMIL OVALLE SONIA ANDREA

Firmado y sellado por OVIDIO LOPEZ ROBAYO (Rector) y LUZ ANGELA MERCHAN BENAVIDES (Secretaria).

Dada en Bogotá, a los dieciséis (16) días del mes de diciembre de 2004.


El Rector


La Secretaria

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"

**17^{de}
Noviembre**

VIH - SIDA

10^a JORNADA DÍA MUNDIAL

“Desafíos Frente a Infecciones VIH -SIDA”

**La Unidad de Servicios de Salud
Santa Clara**

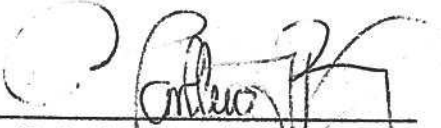
CERTIFICA QUE:

OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA
C.C. No. 52.975.444

**Asistió a la JORNADA DEL DÍA MUNDIAL DEI VIH-SIDA
“Desafíos frente a infecciones VIH -SIDA”**

Bogotá D.C. Noviembre 17 de 2016

Intensidad: 4 horas



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



Ana María Granada Copete
Coordinadora - Programa VIH
Unidad de Servicios de Salud
Santa Clara



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

Unidad de Servicios de Salud **Santa Clara**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

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:

LUZ ADRIANA OLAYA PÉREZ

C.C.: 52975444

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

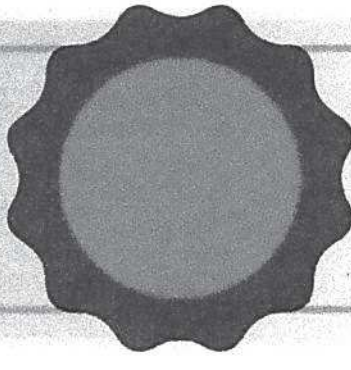
Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente

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



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





DEFENSA CIVIL COLOMBIANA
PROGRAMA DE CAPACITACION EN GESTION DE RIESGOS ESCOLARES

CAPACITACION PARA BRIGADAS DE EMERGENCIA

POR HABER ASISTIDO AL TALLER DE CAPACITACIÓN, EN TÉCNICAS DE PRIMEROS AUXILIOS, CONTROL DE INCENDIOS, MANEJO DE EMERGENCIAS ESCOLARES

SE CONFIERE A :

LUZ ADRIANA OLAÑA PEREZ

CC No 52.975.444 DE BOGOTÁ

Con una Intensidad de VEINTE (20) Horas
Dado en Bogotá D. C. a los 20 días del Mes de ENERO de 2.017

DIRECTOR DE PROGRAMA

INSTRUCTOR DE CURSO.



Vigencia Un Año a Partir de su Expedición

La Institución Social y Humanitaria más Grande del País

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
<p>Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos</p>	<p>Código EGT-FT-656</p>	<p>Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano</p>	<p>Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06</p>

Bogotá, D.C

Señores

Escuela de Salud San Pedro Claver

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Luz Adriana Olaya Perez, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

Quetzal Olaya P.

No. de documento:

52.975.444

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Cra 94a #65-41 Sur

Teléfono:

3287291 - 3114086776

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52975444**

OLAYA PEREZ
APELLIDOS

LUZ ADRIANA
NOMBRES

Luz Olaya

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUL-1983**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

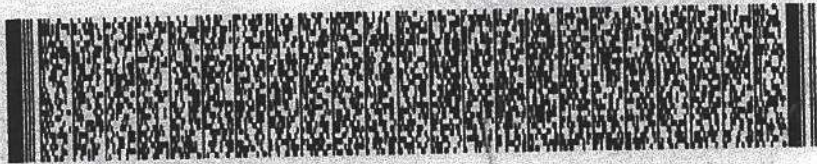
F

SEXO

07-SEP-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500108-45099031-F-0052975444-20020114

0288302014A 01 113080693



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 22-08-2016

Hora: 2:09:32 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 52975444 LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ

Información General

Dirección KR 94 A 65 41 SUR BL 1 CA 20

Teléfonos 7287291 / 3114086776

Dirección electrónica adriolaya83@yahoo.es

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 15159911

Fecha Inicio Actividades 15/07/2015

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: 16001077575

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

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

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
08-03-2005

Fecha de Emision:

OLAYA PEREZ
LUZ ADRIANA
C.C. 52975444

AUXILIAR DE ENFERMERIA
SALUD

Olga Olaya S. Joly



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR SANTA FE DE BOGOTÁ

Resolución No 1489 de 22/02/2005

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) **OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA** Identificado(a) con CC número 52975444 expedida en **BOGOTÁ D.C** solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según **CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por **LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER** el día 16/12/2004 y registrado en el libro XX Folio XX año XX
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a **OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA** identificado(a) con CC número 52975444 expedida en **BOGOTÁ D.C** para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 22/02/2005

Original Remite a:
JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS

JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS

Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C. 8 MARZO 2005
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) LUZ ADRIANA OLAYA
CC. # 52975444 B+9

Firma Juan Carlos Alandette Manotas

Bogotá sin indiferencia

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 *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía. ▾

52975444

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
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Jul Adrian**
Apellidos: **Olaya Perez**
Documento de identidad: **C.C.X T.I. Pasaporte No. 52975444**
Fecha de Nacimiento: **Día 29 Mes 07 Año 1983**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	13 JUL 2015		<i>Quirica</i>
	2	02 SEP 2015		
	3	03 FEB 2016	N3402101	
	R	3 FEB 17		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Vir Pap Hu				

Engerix-B
1 dosis
10-2013
09-2016

Hepavac-Gene® TTr
1 dosis
10-2013
09-2016

Hepavac-Gene® TTr
1 dosis
10-2013
09-2016

Hepavac-Gene® TTr
1 dosis
10-2013
09-2016



24-E24-109648

No. de Orden : E24-109648
 Paciente : OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA
 Documento Id : 52975444
 Empresa : CLINISUR IPS 1 LTDA
 Sede : LAB REFERENCIA

No. Interno : E24-109648
 Edad : 31 a 11 m 12 d
 Teléfono : 7287291
 E-Mail : ADRIOLAYA83@yahoo.es
 No. Autoriza:111

HBSAC**

Web

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

5.86 UI/L 0 - 0

se sugiere correlacionar con historia clínica.

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10

Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación

10 - 100: Niveles de protección

Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

vb. BETAIN

FIRMA DE RESPONSABLE

RESPONSABLE

vb. RODRIGUEZ

Firma: NATALIE RODRIGUEZ CORTES REG 1019034540

Fase pre analítica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 11/07/2015 09:24:00

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUZ ADRIANA OLAYA

C.C 52975444

EDAD 31 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional



Exámenes de laboratorio

SI ☐

NO ☐

Visiometría



Glic ☐

Col ☐

Triglic ☐

Otros ☐

Audiometría



Cuales

Espirometría



Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO



MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO



MOTIVO

OBSERVACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE / USO DE LENTES

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor

SI ☐

NO ☐

Se sugiere reubicación laboral

SI ☐

NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional

SI ☐

NO ☐

Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL


FIRMA DEL PACIENTE





FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Dra. Esmeralda Ramos
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic SO 7122 2015

Certifica que:

LUZ ADRIANA OLAYA PÉREZ

Identificado (a) con documento No.

CC. 52.975.444 de Bogotá

Asistió y aprobó el curso

**SOPORTE VITAL BÁSICO
Y
SOPORTE VITAL AVANZADO**

Con una intensidad horaria de 48 HORAS

Guías de lectura, del 01 de Noviembre de 2017 Taller Practico Realizado el 11 de Noviembre
Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su pagina 9 Art 38. y la
Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 48 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años

Lo anterior se firma en Bogotá DC. el Día 11 del mes de Noviembre del 2017.


Javier Mauricio Peña Bonilla
Gerente General


Edgar Humberto Vasquez
Medico Instructor soporte vital
Basico y avanzado

Certifica que:

LUZ ADRIANA OLAYA PÉREZ

Identificado (a) con documento No.

CC. 52.975.444 de Bogotá

Asistió y aprobó el curso

**SOPORTE VITAL BÁSICO
Y
SOPORTE VITAL AVANZADO**

Con una intensidad horaria de 48 HORAS

Guías de lectura, del 01 de Noviembre de 2017 Taller Practico Realizado el 11 de Noviembre
Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su pagina 9 Art 38. y la
Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 48 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años

Lo anterior se firma en Bogotá DC. el Día 11 del mes de Noviembre del 2017.


Javier Mauricio Peña Bonilla
Gerente General


Edgar Humberto Vasquez
Medico Instructor soporte vital
Basico y avanzado

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

FECHA: 2017-11-22 CIUDAD: BOGOTA D.C. DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.

Distinguido 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: OLAYA SEGUNDO APELLIDO: PEREZ PRIMER NOMBRE: LUZ SEGUNDO NOMBRE: ADRIANA

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 52.975.444 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA D.C. FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2001-09-07

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 1983-07-29 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTA D.C. PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANO

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASA ☒ DIVOR ☐ DO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 3 NUMERO DE HIJOS: 3 TELEFONO CELULAR: 3114086776

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECCION RESIDENCIA: CRA 94 A # 65-41 SUR CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA D.C. DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C. PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 7 28 72 91

CORREO ELECTRONICO: adriolaya83@yahoo.es 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: SOLER SEGUNDO APELLIDO: VARGAS PRIMER NOMBRE: NESTOR SEGUNDO NOMBRE: OSWALDO

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: 79.840.670 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA D.C. FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 1994-12-08

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☐ NO ☒ IVA SI ☐ NO ☒ ICA SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8691 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL			CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒		# NIT 900959051-7				
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRA ☐ CUAL:						
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO
Dg 34 # 5-43		3444484		BOGOTÁ D.C.		BOGOTÁ D.C.
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULANCIA		FECHA VINCULACION		2015-11-02
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO						
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA						
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS
SALARIOS	\$ 1.494.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 950.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	\$ 50.000.000	DEUDAS TERCEROS
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 150.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	\$ 1.494.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.100.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 50.000.000	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	
LETRADO	PENAGOS		HAROLD		GILBERTO	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CALLE 56 A SUR # 82A-12	BOGOTÁ D.C.		COMPAÑERO DE TRABAJO		3125594729	
7. REFERENCIA FINANCIERA						
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
BANCO DE BOGOTÁ	CUENTA DE AHORROS		102671468	AVENIDA PRIMERA	3820000	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒						
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS: IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:						
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS						
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":						
1. Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA</div>						
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule						

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

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 Único 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 según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

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.

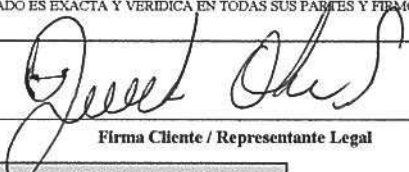
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) 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.

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 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:		ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



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

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52.975.444, 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
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Noviembre de 2.017

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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.

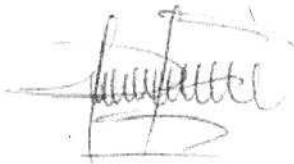
Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
8761989

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52975444**, se encuentra afiliado (a) desde **01/08/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de noviembre de 2017.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52.975.444

Numero de Documento

Bolívar

ARL

Luz

Primer Nombre

Adriana

Segundo Nombre

Olaya

Primer Apellido

Perez

Segundo Apellido

29/07/1983

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Cib 94 a #65-418

Dirección de Residencia

7287291

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

8.300 hora

Honorarios

Auxiliar Enfermería APH

Objeto Contractual (Cargo)

10/01/2017

Fecha Inicio del Contrato

adnolaya83@yahoo.es

Correo Electrónico

3114086776

Celular



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52975444	LUZ ADRIANA OLAYA	SANTA CLARA-CONDUCTO RES	4	4.35%	01/09/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 22 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102050312



WEB
15:37:25
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de noviembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52975444:

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 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 miércoles 22 de noviembre de 2017, a las 15:50:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.975.444
Código de Verificación	684776552017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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



SORAYA VARGAS PULIDO



Bogotá D.C., 22 de Noviembre de 2017 - 15:45 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO**

52975444

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

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: **11_D5SX1_4515**

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



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, 22/11/2017 a las 15:44:45 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 52975444 y Nombres: OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA

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° 24-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8 am a 12 pm y 2 pm a 5 pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 800
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.



NIT. 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El **BANCO DE BOGOTA** a solicitud del interesado informa que la Señora **LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ** identificado(a) con CC **52975444** está vinculado con el **BANCO DE BOGOTA** oficina Avenida Primera 102 con el siguiente producto financiero:

CUENTA AHORROS 102671468 FECHA DE APERTURA 30 DE JUNIO DE 2016, VIGENTE Y ACTIVA A LA FECHA.

Se expide en BOGOTA el día 24 del mes de agosto del año 2016 con destino a:

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE



Firma Autorizada
102- Avenida Primera

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO.

1 N



BOSTON BY DEERS

Notes

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones LUZ ADRIANA OLAYA REREZ.

LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ con el NIT 52975444 creada

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

Id de página:: 140-1744 Ayuda ?



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Olaza</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Pérez</u>	NOMBRES <u>Juz Adriana</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>52 975.444</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>29</u> MES <u>07</u> AÑO <u>1983</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cra 94 A # 65-41 sur Bkg 1 casa 20</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>7287291</u> EMAIL <u>adriolaza83@yahoo.es</u>	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	
										X	MES <u>10</u> AÑO <u>2000</u>

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO		
T.C	03	X		Auxiliar de Enfermería	12	2004		52975444

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente</i>	PÚBLICA <i>X</i>	PRIVADA	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>www.subredcentrooriente.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>344 44 84</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2015</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Auxiliar de Enf Ambulancia</i>	DEPENDENCIA <i>Ambulancia</i>	DIRECCIÓN <i>Cil 34 # 5-43</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

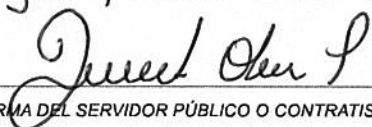
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	02	00
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	00	00
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	00	00
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	02	00

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá; Noviembre 22 de 2017


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52975444 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Bogotá D. C.

Municipio BOGOTA D. C.

Dirección CARRERA 94A No 65-41 SUR BLOQUE 1 INT. 20

Teléfonos 3114086776 7287291

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HECTOR ORLANDO OLAYA WILCHES	0	PADRE
MARIA BELLANIRA PEREZ MORENO	21133665	MADRE
DIEGO ANDRES SOLER OLAYA	1000159429	HIJO(A)
KEVIN JOSE SOLER OLAYA	1001045177	HIJO(A)
NICOLAS SOLER OLAYA	1011208444	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 17.800.000,00
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
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	102671468	AVENIDA PRIMERA	\$ 700,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	VIVIENDA	\$ 43.000.000,00
VEHICULO	AUTOMOVIL	\$ 7.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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



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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

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

c) En la actualidad: SI ☒ N ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

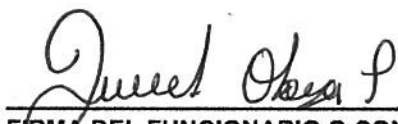
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	79840670

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


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá; Noviembre 22 de 2017
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Distrital Nuevo Kennedy

Jornada Nocturna

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.
según, Resolución No. 3683 de Noviembre 19 de 1999
En su programa de Jóvenes y Adultos del Centro Educativo Japon
Aprobado según acuerdo 23 de 1994 y anexo según,
Resolución 056 del 14 de Enero de 2000

Confiere A

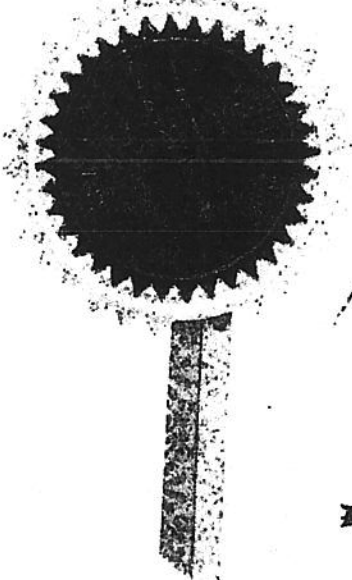
Luz Adriana Olaya Pérez

Identificado (a) conC.C. No. 9307222-10055... de Bogotá.....

El Título de:

Bachiller Académico

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



Rector

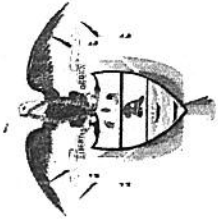
Secretario

Anotado al Folio No. 9 Libro de Registro No. 1

Dado en Bogotá D.C. a 13 de Octubre de 2000

"No requiere Registro" según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1997

La República de Colombia
El Ministerio de Salud y en su nombre



La Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Educación No Formal

por el Ministerio de Salud según Acuerdos No. 04 de Noviembre 30 de 1993 y No. 28 de Septiembre 3 de 1998 y Resolución No. 1535 del 14 de Abril de 1994 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital.

Teniendo en cuenta que

Luz Adriana Olaya Pérez

Identificado con la C.C. No. 52.975.444 de Bogotá, D.C.

terminado satisfactoriamente los estudios en la especialidad de
Técnico Auxiliar de Enfermería

Se confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional

Rector(a)

Secretario(a)

Dado en Santa Fe de Bogotá a 16 de Diciembre de 2004

Anotado al libro de Registro No.

Folio

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. 2414
DANE 11100124663

COLEGIO DISTRITAL NUEVO KENNEDY PROGRAMA CEDA JAPÓN

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los Trece (13) días del mes de Octubre del año 2000
se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la
rectoría del CENTRO EDUCATIVO JAPÓN JORNADA NOCTURNA, anexo al

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL NUEVO KENNEDY según Resolución No. 056 de Enero 14 de 2000
Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media y autorizada por Secretaría de Educación
del Distrito para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADÉMICO
según Resolución No. 3683 del 19 de Noviembre del año 1999

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios
correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el TITULO DE,
BACHILLER ACADÉMICO

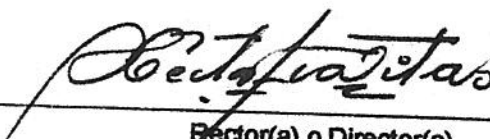
al graduado cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

OLAYA PÉREZ LUZ ADRIANA T.I. 830729-10055 DE BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 001 de fecha 13/10/2000 que consta de 49 alumnos que
comienza con el nombre de ACOSTA SILVA OSCAR JAVIER
y se cierra con el nombre de ZAPATA SANTAMARÍA JOHN FABIO
firmado y sellado por HÉCTOR ALVARO SILVA TOLOZA (Rector)
y MARTHA LUCÍA LUQUE GARZÓN (Secretario).

Dada en Bogotá, D.C. a los Trece (13) días del mes de Octubre del año 2000

Firmado y Sellado


Rector(a) o Director(a)
C.C. No. 19.128.786 de Bogotá


Secretario(a)
C.C. No. 41.676.811 de Bogotá

Diploma No.

**ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"**

APROBACION OFICIAL

**ACUERDO No. 004 del 30 de NOV de 1993
ACUERDO No. 028 del 03 de SEPT. de 1998
RESOLUCION No. 1535 de abril 14 de 1994**

Folio: 01

Inscripción S.E.D 1535 de 1994
Inscripción M.S.N No. 004 de 1993
Inscripción M.S.N No. 028 de 1998

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá, a los dieciséis (16) días del mes de diciembre de 2004 se reunieron con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de **TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"** institución aprobada por el **MINISTERIO DE SALUD** mediante Acuerdo Ejecutivo No. 04 de Noviembre 30 de 1993 y Acuerdo Ejecutivo No. 028 del 3 de Septiembre de 1998 y por la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO**, según Resolución No. 1535 de abril 14 de 1994 y autorizada para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL**. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de **TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, se procedió a otorgar el **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL** al Egresado cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

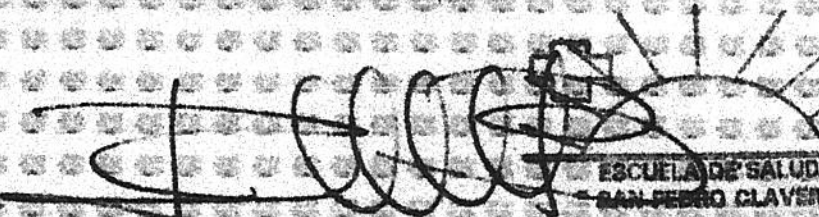
NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. O T.I	EXPEDIDO EN
LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ	52.975.444	BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General original No. 23 de fecha diciembre 16 de 2004 que comienza con el nombre de ACHURY GUACANEME RODRIGO HERNAN y se cierra con el nombre de VILLAMIL OVALLE SONIA ANDREA

Firmado y sellado por OVIDIO LOPEZ ROBAYO (Rector) y LUZ ANGELA MERCHAN BENAVIDES (Secretaria).

Dada en Bogotá, a los dieciséis (16) días del mes de diciembre de 2004.


El Rector


la Secretaria

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"

**17^{de}
Noviembre**

VIH - SIDA

10^a JORNADA DÍA MUNDIAL

"Desafíos Frente a Infecciones VIH -SIDA"

**La Unidad de Servicios de Salud
Santa Clara**

CERTIFICA QUE:

OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA
C.C. No. 52.975.444

**Asistió a la JORNADA DEL DÍA MUNDIAL DEI VIH-SIDA
"Desafíos frente a infecciones VIH -SIDA"**

Bogotá D.C. Noviembre 17 de 2016

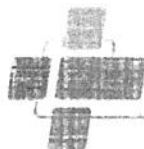
Intensidad: 4 horas



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



Ana María Granada Copete
Coordinadora - Programa VIH
Unidad de Servicios de Salud
Santa Clara



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

Unidad de Servicios de Salud **Santa Clara**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

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:

LUZ ADRIANA OLAYA PÉREZ

C.C.: 52975444

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas 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 Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



DEFENSA CIVIL COLOMBIANA
PROGRAMA DE CAPACITACION EN GESTION DE RIESGOS ESCOLARES

CAPACITACION PARA BRIGADAS DE EMERGENCIA

POR HABER ASISTIDO AL TALLER DE CAPACITACIÓN, EN TÉCNICAS DE PRIMEROS AUXILIOS, CONTROL DE INCENDIOS, MANEJO DE EMERGENCIAS ESCOLARES

SE CONFIERE A :

LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ

CC No 52.975.444 DE BOGOTA

Con una Intensidad de VEINTE (20) Horas
Dado en Bogotá D. C. a los 20 días del Mes de ENERO de 2.017

DIRECTOR DE PROGRAMA

INSTRUCTOR DE CURSO.



Vigencia Un Año a Partir de su Expedición

La Institución Social y Humanitaria más Grande del País

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
<p>Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos</p>	<p>Código EGT-FT-656</p>	<p>Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano</p>	<p>Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06</p>

Bogotá, D.C

Señores

Escuela de Salud San Pedro Claver

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Luz Adriana Olaya Perez, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

Luz Adriana Olaya P.

No. de documento:

52.975.444

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Cra 94a #65-41 Sur

Teléfono:

3287291 - 3114086776

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52975444**

OLAYA PEREZ
APELLIDOS

LUZ ADRIANA
NOMBRES

Luz Olaya

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUL-1983**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

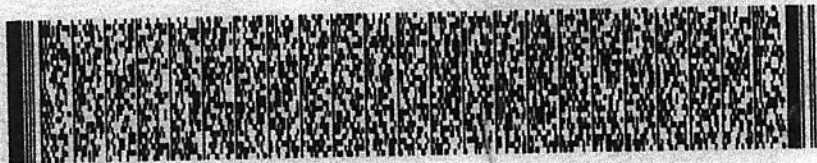
F

SEXO

07-SEP-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500108-45099031-F-0052975444-20020114

0288302014A 01 113080693

2. Concepto **02** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14343964022



(415)7707212489984(8020) 000001434396402 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 9 7 5 4 4 4

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 2 9 7 5 4 4 4

27. Fecha expedición:

2 0 0 9 1 2 1 6

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

31. Primer apellido

OLAYA

32. Segundo apellido

PEREZ

33. Primer nombre

LUZ

34. Otros nombres

ADRIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

41. Dirección principal

CR 94 A 65 41 SUR BL 1 CA 20 BRR EL RECREO

42. Correo electrónico:

adriolaya83@yahoo.es

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

7 2 8 7 2 9 1

45. Teléfono 2:

3 1 1 4 0 8 6 7 7 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 7 1 5

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios:

1

61. Fecha:

2 0 1 5 0 7 1 5

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

[Firma manuscrita]

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ PEÑA ANA ISABEL

985. Cargo: Gestor I



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 22-08-2016

Hora: 2:09:32 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 52975444 LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ

Información General

Dirección KR 94 A 65 41 SUR BL 1 CA 20

Teléfonos 7287291 / 3114086776

Dirección electrónica adriolaya83@yahoo.es

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 15159911

Fecha Inicio Actividades 15/07/2015

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: 16001077575

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

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

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
08-03-2005

Fecha de Expedición

OLAYA PEREZ
LUZ ADRIANA
C.C. 52975444

AUXILIAR DE ENFERMERIA
SALUD

Olga Olave S. Jaf - 8



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR SANTA FE DE BOGOTÁ

Resolución No 1489 de 22/02/2005

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) **OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA** Identificado(a) con CC número 52975444 expedida en **BOGOTÁ D.C** solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según **CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por **LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER** el día 16/12/2004 y registrado en el libro XX Folio XX año XX
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a **OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA** identificado(a) con CC número 52975444 expedida en **BOGOTÁ D.C** para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 22/02/2005

Original Remite a:
JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS

JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS

Director de Desarrollo de Servicios.

Elabora: Víctor Sánchez
Revisó: Adriano Lozano

Bogotá, D.C. 8 MARZO 2005
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) LUZ ADRIANA OLAYA
CC. # 52975444 B+G

Firma [Firma]

Bogotá sin indiferencia

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 *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▾

52975444

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
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Jul Adrian

Apellidos:

Olaya Perez

Documento
de identidad:

C.C.X T.I. Pasaporte No. **52975444**

Fecha de
Nacimiento:

Día **29** Mes **07** Año **1983**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Difterico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	13 JUL 2015		<i>Jul Adrian Olaya Perez</i>
	2	02 SEP 2015		
	3	03 FEB 2016	N3402101	
	R	3 FEB 17		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Vir Pap Hu				

Engerix-B
1 dosis (0.5 ml)
10-2013
09-2016
1 dosis
ABVCA1786
10-2013
09-2016
1 dosis
Hepavac-Gene® TFF
Vacuna Hepatitis B (VONAL, Sin Ymen tal)
1 ml
Inyectar intramuscularmente.
Antes de usar, leer las instrucciones adjuntas.
Almacenar a 2-8 °C.
Almacenar, sin congelar.
Berna - Berna Biotech Korea Corp.
Importador: Buzzonza, Colombia

1 vial contenido: Antígeno de superficie
de hepatitis B (HBsAg) en solución
acuosa, con adyuvante.
10-2013
09-2016
1 dosis
Hepavac-Gene® TFF
Vacuna Hepatitis B (VONAL, Sin Ymen tal)
1 ml
Inyectar intramuscularmente.
Antes de usar, leer las instrucciones adjuntas.
Almacenar a 2-8 °C.
Almacenar, sin congelar.
Berna - Berna Biotech Korea Corp.
Importador: Buzzonza, Colombia



24-E24-109648

No. de Orden : E24-109648
 Paciente : OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA
 Documento Id : 52975444
 Empresa : CLINISUR IPS 1 LTDA
 Sede : LAB REFERENCIA

No. Interno : E24-109648
 Edad : 31 a 11 m 12 d
 Teléfono : 7287291
 E-Mail : ADRIOLAYA83@yahoo.es
 No. Autoriza:111

HBSAC**

Web

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

5.86 UI/L 0 - 0

se sugiere correlacionar con historia clínica.
 VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10
 Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
 10 - 100: Niveles de protección
 Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

vb. BETADN

FIRMA DE RESPONSABLE

RESPONSABLE

vb. RODRIGUEZ

Firma: NATALIE RODRIGUEZ CORTES REG 1019034540

Fase pre analítica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)
Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 11/07/2015 09:24:00

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUZ ADRIANA OLAYA

C.C 52975444

EDAD 31 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional



Visiometría



Audiometría



Espirometría



Exámenes de laboratorio

SI ☐

NO ☐

Glic ☐

Col ☐

Trigli ☐

Otros ☐

Cuales

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO



MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO



MOTIVO

OBSERVACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE / USO DE LENTES

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor

SI ☐

NO ☐

Se sugiere reubicación laboral

SI ☐

NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional

SI ☐

NO ☐

Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL


FIRMA DEL PACIENTE





FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Dra. Esmeralda Ramos
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic SO 7122 2015



NIT 900651664-8

Certifica que:

LUZ ADRIANA OLAYA PÉREZ

Identificado (a) con documento No.

CC. 52.975.444 de Bogotá

Asistió y aprobó el curso

**SOPORTE VITAL BÁSICO
Y
SOPORTE VITAL AVANZADO**

Con una intensidad horaria de 48 HORAS

Guías de lectura, del 01 de Noviembre de 2017 Taller Practico Realizado el 11 de Noviembre
Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su pagina 9 Art 38. y la
Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 48 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años

Lo anterior se firma en Bogotá DC. el Día 11 del mes de Noviembre del 2017.


Javier Mauricio Peña Bonilla
Gerente General


Edgar Humberto Vasquez
Medico Instructor soporte vital
Basico y avanzado

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

FECHA: 2017-11-22 CIUDAD: BOGOTA D.C. DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.

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 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
OLAYA	PEREZ	LUZ	ADRIANA
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	52.975.444	BOGOTA D.C.	2001-09-07
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1983-07-29	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	COLOMBIANO
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASA ☒ DIVOR ☐ DO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		3	3
TELEFONO CELULAR			
3114086776			

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAOISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: PROFESION / OFICIO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 94 A # 65-41 SUR	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	7 28 72 91
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
adriolaya83@yahoo.es			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
SOLER	VARGAS	NESTOR	OSWALDO
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	79.840.670	BOGOTA D.C.	1994-12-08
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA..... ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		NO ☒ ICA	SI ☐ NO ☒	8691
				PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR
				SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒
		# NIT	900959051-7		
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐	OTRA ☐ CUAL: _____			
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	
Dg 34 # 5-43	3444484	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA	
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULANCIA		FECHA VINCULACION	2015-11-02	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 1.494.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 950.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	\$ 3.500.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	\$ 50.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 150.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1.494.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.100.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 50.000.000	TOTAL PASIVOS	\$ 3.500.000
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
LETRADO	PENAGOS	HAROLD	GILBERTO
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 56 A SUR # 82A-12	BOGOTÁ D.C.	COMPAÑERO DE TRABAJO	3125594729

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
BANCO DE BOGOTÁ	CUENTA DE AHORROS	102671468	AVENIDA PRIMERA	3820000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL: _____

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule

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

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 Único 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 según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

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.

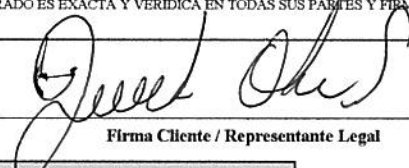
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. 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.

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 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:		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:			

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Escuela de Salud San Pedro Claver
 (NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo _____, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento:

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Teléfono:

Juan Carlos P
52 975.444

Cra 94a # 65-41 Sur
7287291 -3114086776



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

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52.975.444, 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
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Noviembre de 2.017

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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.

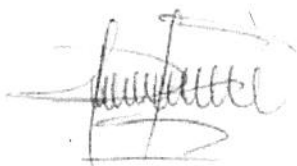
Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
8761989

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52975444**, se encuentra afiliado (a) desde **01/08/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de noviembre de 2017.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52.975.444

Numero de Documento

Bolivar

ARL

Luz

Primer Nombre

Adriana

Segundo Nombre

Olaya

Primer Apellido

Perez

Segundo Apellido

29/07/1983

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota

Ciudad de Nacimiento

Cib 94 a #65-418

Dirección de Residencia

7287291

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

8.300 hora

Honorarios

Auxiliar Enfermería APH

Objeto Contractual (Cargo)

10/01/2017

Fecha Inicio del Contrato

adriolaya83@yahoo.es

Correo Electrónico

3114086776

Celular



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52975444	LUZ ADRIANA OLAYA	SANTA CLARA-CONDUCTO RES	4	4.35%	01/09/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 22 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102050312



WEB
15:37:25
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de noviembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52975444:

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 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 miércoles 22 de noviembre de 2017, a las 15:50:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.975.444
Código de Verificación	684776552017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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



SORAYA VARGAS PULIDO



Bogotá D.C., 22 de Noviembre de 2017 - 15:45 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO**

52975444

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

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: **11_D5SX1_4515**

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



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, 22/11/2017 a las 15:44:45 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 52975444 y
Nombres: OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA

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° 24-21, 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 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.



NIT. 860.002.964-4

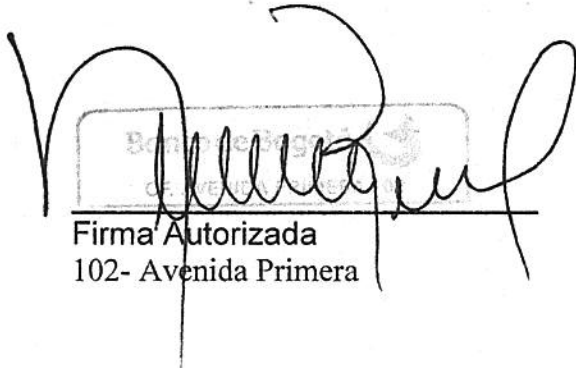
REFERENCIA BANCARIA

El **BANCO DE BOGOTA** a solicitud del interesado informa que la Señora **LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ** identificado(a) con CC **52975444** está vinculado con el **BANCO DE BOGOTA** oficina Avenida Primera 102 con el siguiente producto financiero:

CUENTA AHORROS 102671468 FECHA DE APERTURA 30 DE JUNIO DE 2016, VIGENTE Y ACTIVA A LA FECHA.

Se expide en BOGOTA el día 24 del mes de agosto del año 2016 con destino a:

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE



Firma Autorizada
102- Avenida Primera

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO.