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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 09
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Luz Maritza Polino Castaneda	DOCUMENTO:	52.222.943		
TELEFONO	3138175453	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Terapeuta Respiratoria		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI ☒	
2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA - formado y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	
3	DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCION PUBLICA - formado y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	N/A ☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒	N/A ☐
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCION DE CONVALIDACION DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06930 del 12 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☒
8	FORMATO AUTORIZACION CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒	N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☒	N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒	
11	REGISTRO UNICO TRIBUTARIO - RUT: CODIGO CIIU 8692 FECHA 2014	SI ☒	
12	REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA - RIT	SI ☒	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☒
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☒	N/A ☐
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒	N/A ☐
16	CERTIFICACION DE INSCRIPCION EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐
17	ANTECEDENTES ETICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Técnico, Ingeniería, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☒
18	CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes / 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (inactivo)	SI ☒	N/A ☐
19	EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒	
20	CARNE DE RADIOPROTECCION (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 1 año	SI ☐	N/A ☒
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Administrativo)	SI ☐	N/A ☒
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención extramural SPA, salud mental y personal APH)	SI ☒	N/A ☐
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☒
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☒
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y asistenciales)	SI ☐	N/A ☒
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) - Completamente diligenciado	SI ☒	
27	CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS - NOMBRE: Famisanar	SI ☒	
28	CERTIFICADO DE AFILIACION A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Colpensiones	SI ☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE Seguros Bolivar	SI ☒	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICIA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Proceso Solicitante:	Luz Maritza Polino Castaneda	Fecha:	
V°B° Talento Humano:		Fecha:	
V°B° Contratación:		Fecha:	

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Género	Femenino
Cargo	TERAPEUTA RESPIRATORIA
Título	Sra.
Nombre completo	luz maritza molina castañeda
Nombre y apellido	luz maritza molina castañeda
Código del empleado	
Tipo de documento	
Número de identificación	
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	
Código postal	
Estado	
Municipio	BOGOTA
País	COLOMBIA
Correo electrónico	maritzatrmolina1@gmail.com
Teléfono	3138175453

Datos del usuario guardados

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MOLINA	CASTANEDA	LUZ MARITZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52222943	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 8 MES MAR AÑO 1974

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 5B No 48/19 INT 6 MAZ 24 SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 7165521

EMAIL maritzatrmolina1@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER EN CIENCIAS NATURALES
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NO AÑO 1990
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA	12	1995	52222943

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITALLA VICTORIA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	*MUNICIPIO* BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3725610	*FECHA DE INGRESO* DIA 14 MES 11 AÑO 2006		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	*DEPENDENCIA* APOYO DIAGNOSTICO		*DIRECCIÓN* CARRERA 10# 1-66

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAGDALENA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	*MUNICIPIO* BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 2853900	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 2 AÑO 2002		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 3 AÑO 2004
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	*DEPENDENCIA* PEDIATRIA		*DIRECCIÓN* CALLE 39#14-34

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO MATERNO INFANTIL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	*MUNICIPIO* BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 2892200	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 3 AÑO 1997		*FECHA DE RETIRO* DIA 11 MES 8 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	*DEPENDENCIA* PEDIATRIA		*DIRECCIÓN* CARRERA 10 # 1-66 SUR

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SALUD A SU CASA OSORIO Y CIA LTDA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2626324	DIA 1 MES 8 AÑO 1996	DIA 30 MES 9 AÑO 1996

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA RESPIRATORIA	CONSULTA EXTERNA	CALLE 2B # 50B-40

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	20	5
PRIVADO	2	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	21	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogota 28 Nov /2017

Luz Marina Molina Castañeda

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-nov-2017

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ MARITZA MOLINA CASTANEDA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52222943 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección CARRERA 5B No 48/19 INT 6 MAZ 24 SUR **Teléfonos** 3138175453 7165521

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIANA OSORIO MOLINA	1013670809	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	$ 23.086.800,00
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
BBVA COLOMBIA	AHORROS	1260389756	CENTRO	$ 5.320.500,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CARRO	AVEO EMOTION	$ 17.000.000.000,00
CASA	KRA 5B #48M-19 MAZ24 INT6	$ 80.500.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
COLPATRIA	CREDITO	$ 2.000.000,00
FALABELLA	CREDITO	$ 300.000,00

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:

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	No.
		0

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Luz Marina Palma Castañeda

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Noviembre 2017

CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN
"UMB"

PERSONERIA JURIDICA No.18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LAY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Luz Maritza Molina Castañeda.

C.C. No. 52.222.943 de Santafé de Bogotá, D.C.

EL GRADO **Profesional en Terapia Respiratoria.**

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES QUE LE ACREDITAN PARA EJERCER LA PROFESION.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA,

A LOS 16 DIAS DEL MES Diciembre DE 1995.

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE CARRERA

DECANO AREA

Lcmo 33 de Bogotá
hago constar que este documento es fiel y original que he tenido a la vista.

12 ENE. 1996

NOTARIA TREINTA Y TRES
Bogotá - Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIANA BEATRIZ LOPEZ
NOTARIA ENCARGADA
BOGOTA D. C.

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

U M B

PERSONERIA JURIDICA No.18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 98 LIBRO No. 1 FOLIO No. 98

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA

C.C.No. 52.222.943 de SANTAFE DE BOGOTA

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 16 DIAS DEL MES DE Dic. DE 19 95

RECTOR

VICERRECTOR ACADEMICO

SECRETARIO GENERAL

DECANO AREA

Nº 1819

Certificado de Asistencia

TÉCNICA ELECTROMÉDICA

Este certificado se otorga a:

MARITZA MOLINA

Asistió a:

Capacitación Básica de Terapia de Alto Flujo Optiflow con Airvo 2

Fecha: 29 /Agosto/2017

Fisher & Paykel HEALTHCARE

Yenny Bello Castro
Directora de Línea Respiratoria
Técnica Electromédica S.A

Fundación Canguro

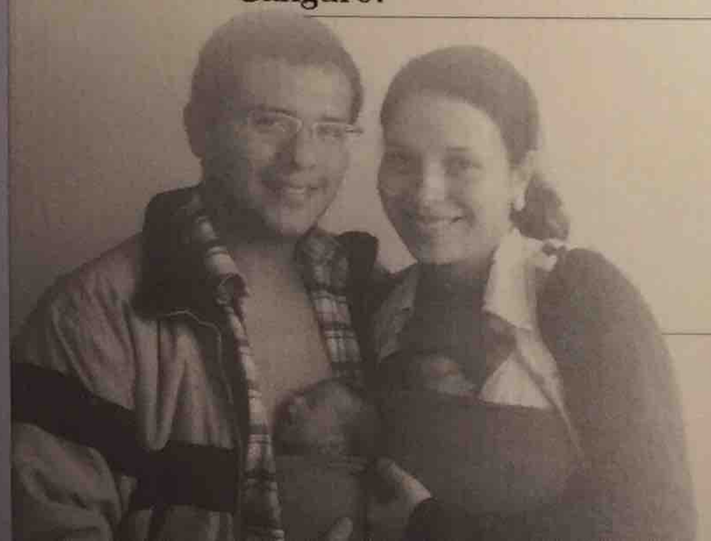
CERTIFICADO

Otorgado a:

MARITZA MOLINA

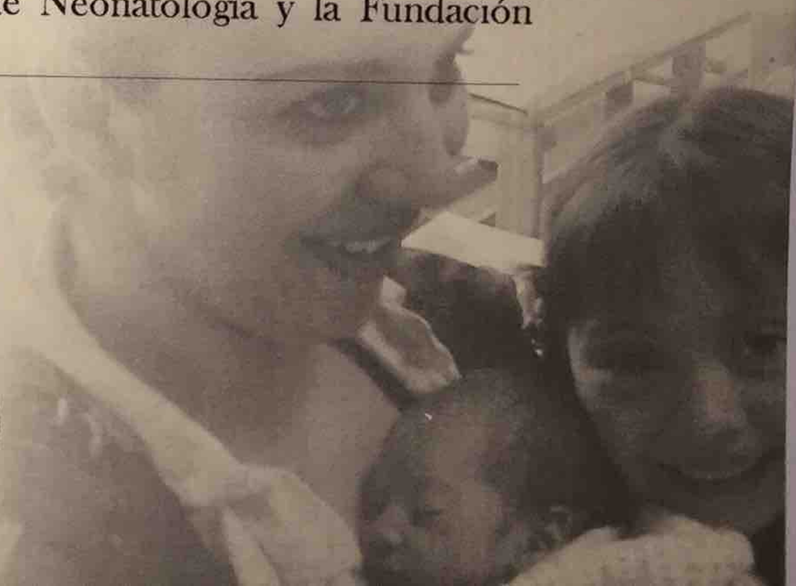
Por su participación en calidad de

Terapeuta respiratoria, a la formación para la implementación de **"Unidades amigables y abiertas"** en la UCIN del Instituto Materno Infantil, Bogotá D.C., realizado del 22 al 26 de febrero de 2016, en el marco del Convenio de Asociación No 667 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Asociación Colombiana de Neonatología y la Fundación Canguro.



Nathalie Charpak
Director

FUNDACION CANGURO * BOGOTA - COLOMBIA *



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA, ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA Y LA DIVISIÓN DE EDUCACION CONTINUADA

Certifica que:

Luz Maritza Molina

ASISTIÓ AL "IX SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGÍA "ÁNGELA HOYOS"
XIX JORNADAS PEDIATRICAS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Bogotá D.C., 09, 10,11 y 12 de marzo 2016

Dr. Nicolás Ramos Rodríguez
Director IX Simposio Internacional De Neonatología

Dra. Maria del Rosario Bozón González
Directora División Educación Continuada
Universidad El Bosque

FUNDACIÓN INSIMED
Instituto de Simulación Médica

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA

C.C. No. 52222943

Ha participado en el Curso de:

REANIMACION NEONATAL

Realizado en La Fundación INSIMED el día 14 de Mayo de 2016, con una intensidad de 8 horas Teórico Prácticas.

Bogotá, D.C.

Guillermo Ortiz M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clínica
Center For Medical Simulation

Nº 2848

ASOCIACION COLOMBIANA DE
NEONATOLOGIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA

CERTIFICA QUE:

MARITZA MOLINA CASTAÑEDA

Asistió al:

Taller teórico-práctico de **VENTILACION MECANICA,** realizado en la ciudad de Bogotá, el día 16 de Septiembre de 2016.

JOSE MARIA SOLANO S.

PRESIDENTE

MARIA EULALIA TAMAYO PEREZ

INSTRUCTOR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL E.S.E.

HACE CONSTAR QUE

LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA

ASISTIÓ AL SIMPOSIO EN

PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

CON UNA INTENSIDAD DE SEIS (6) HORAS TEÓRICO-PRÁCTICAS

FERNANDO ANÍBAL PEÑA DÍAZ
GERENTE

BOGOTÁ D.C., 16 DE JULIO DE 2015

BOGOTÁ HUMANA

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN UMB

(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 Maritza Molina Castañeda en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E sobre la idoneidad de mi título académico como:

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Luz Maritza Molina Castañeda

No. de documento: 52.222.943 Bogotá

Tarjeta profesional No: 52.222.943

Dirección de contacto: Carrera 5B # 48M-19 Interior 6 Manzana 24 Sur

Teléfono: 3138175453

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

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA** Identificada con CC. Nº 52.222.943, Presta sus servicios en la USS La Victoria, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

No. de Orden	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Honorarios mensuales
101/06	14/08/2006	31/10/2006	$1.310.200
402/6	01/11/2006	31/12/2006	$1.310.200
146/07	01/01/2007	30/04/2007	$1.524.000
613/07	01/05/2007	15/09/2007	$1.524.000
1788/07	16/09/2007	31/12/2007	$1.524.000
333/08	01/01/2008	31/12/2008	$1.599.936
246/09	01/01/2009	30/09/2009	$1.618.200
1321/09	01/10/2009	10/01/2010	$1.618.200
343/10	11/01/2010	31/12/2010	$1.800.000
589/11	01/01/2011	31/12/2011	$1.934.400
379/12	01/01/2012	31/12/2012	$2.056.320
712/13	01/01/2012	31/12/2013	$2.124.000
709/14	01/01/2014	30/11/2014	$2.124.000
793/15	01/02/2015	31/12/2015	$2.202.200
719/2016	01/01/2016	09/01/2017	$2.233.846
PS-1503-2017	10/01/2017	31/07/2017	$2.490.000

OBJETO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Atender con sentido ético y profesional a los pacientes que soliciten el servicio de terapia respiratoria. Cumplir con las horas laboradas para las cuales fue contratado. 2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado crítico, intermedio y sala ERA. 3. Cumplir a cabalidad con el manual de procesos y procedimientos de la institución. 4. Realizar el seguimiento diario de la evolución de los pacientes hospitalizados. 5. Mantener actualizadas las historias clínicas para una oportuna información para el equipo de trabajo y así lograr un mejor manejo del paciente. 6. Contestar las interconsultas que se hagan el servicio de una manera oportuna. 7. Velar por el uso racional de los elementos de terapia respiratoria. 8. Velar por el manejo adecuado de ventiladores cumpliendo con las normas de asepsia de acuerdo a los parámetros de la institución. 9. Velar por que todas las actividades que se realicen sean facturadas y cargadas a las respectivas cuentas de los pacientes. 10. Elaborar la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer día hábil del mes. 11. Asistir a las reuniones que fuere convocado por el coordinador de área o directivas de la institución. 12. Realizar entrega de turno personal y por escrito anotando y haciendo las observaciones sobre las novedades presentadas durante el desarrollo del turno que termina. 13. Cambiar los equipos de oxigenoterapia se las unidades de cuidado intensivo e intermedio cada 72 horas.

INSTITUTO MATERNO INFANTIL

Al Servicio de la Vida!

Ofreciendo a través del tiempo
Experiencia y Calidad

1944 - 2005

LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL
NIT: 800.067.300-5

HACE CONSTAR:

No.6118

Que la señora **LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA,** identificada con la cédula de ciudadanía No.**52.222.943** de Bogotá, presta sus servicios a la Institución mediante contrato de trabajo a término indefinido desde el **2 de Marzo de 1997.** Actualmente desempeña el cargo de **TERAPEUTA RESPIRATORIA NOCTURNA.**

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los 07 días del mes de julio de dos mil seis (2006).

Cordialmente,

ESTHER OCHOA MARIN
Jefe Departamento Personal

Yuli O.

Clínica Magdalena

Bogotá, Julio 12 de 2016.

A QUIEN PUEDA INTERESAR

La Terapeuta Respiratoria MARITZA MOLINA identificada con c.c. 52.222.943 de Bogotá, trabajo en nuestra institución como Terapeuta Respiratoria en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal; realizando Licencias No remuneradas, Incapacidades, Licencias de maternidad vacaciones, durante el periodo comprendido entre 2002 – 2004; cumpliendo satisfactoriamente con el perfil exigido por la institución.

La presente se expide a los 12 días del mes de Julio de 2016 por solicitud de la interesada.

Cordialmente,

CLINICA MAGDALENA
RECIBIDO

CONSUELO C. ARTEAGA JIMENEZ
Coordinadora Terapia.
Clínica Magdalena.
Calle 39 # 14- 34
Tel: 2853900, extensión 211.

SALUD A SU CASA OSORIO Y CIA. LTDA.
Servicios de Salud a Domicilio

CERTIFICAMOS :

Que la señorita LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA , identificada con cedula de ciudadania 52.222.943 expedida en Bogota , laboró como PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA en nuestra Empresa del 3 de Agosto al 30 de Septiembre de 1996 .

Se expide en Santafé de Bogotá, Distrito capital , a los veintinueve dias del mes de noviembre de mil novecientos noventa y seis , a solicitud de la interesada.

Atentamente,

SALUD A SU CASA OSORIO Y CIA. LTDA
Servicios de Salud a Domicilio

HECTOR FERNANDO OSORIO CIFUENTES
Gerente

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.222.943**

MOLINA CASTAÑEDA

APELLIDOS

LUZ MARITZA

NOMBRES

Luz Maritza Molina Castañeda

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAR-1974**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-AGO-1992 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00245892-F-0052222943-20100723 **0022938351H 1** 29119838

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14322239443

(415)7707212489984(8020) 000001432223944 3

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 2 2 2 9 4 3	1 9 9 2 0 8 2 6

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOLINA	CASTAÑEDA	LUZ	MARITZA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 5 B 48 M 19 IN 6 MZ 24

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
maritzatrmolina1@gmail.com		3 1 3 8 1 7 5 4 5 3	7 7 2 5 3 3 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	Actividad principal 47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	Actividad secundaria 49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	Otras actividades 2
8 6 9 2	2 0 1 2 1 2 0 6	8 2 9 9	2 0 1 2 1 2 0 6		

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
	1 2																	

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 1 2 1 0

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

Articulo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACOSTA MORALES DIANA PATRICIA

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 12-11-2015 02:32:38PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 13-11-2015
Hora: 2:51:51 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52222943-2 LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA

Información General

Dirección KR 5B 48M 19 IN 6 MZ 24

Teléfonos 7725334-3138175453

Dirección electrónica maritzatrmolina1@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/03/2015

Soporte Inscripción 7454383

Fecha Inicio Actividades 06/12/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000247994

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

PTR EXP 8.08.96

MOLINA CASTAÑEDA

LUZ MARITZA

C.C.52.222.943

PROF. TERAPIA RESPIRATORIA

RESOLUCION NUMERO 2924 DE 24 JUL. 1996

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesion del area de las ciencias de la salud en el Territorio Nacional

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD de Santa Fe de Bogota D.C. en ejercicio de las delegaciones conferidas por las resoluciones numeros 2085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanadas del Ministerio de Salud, y Decretro 1875 de 1.994 de la presidencia de la Republica.

CONSIDERANDO :

Que MOLINA CASTANEDA LUZ MARITZA ****** identificado(a) con cedula de ciudadania numero 52222943 expedida en SANTAFE DE BTA , solicito ante esta Secretaria la refrendacion de su TITULO ***** y la autorizacion para el ejercicio de su profesion en el Territorio Nacional.

Que para tal efecto presento los documentos que lo(a) acreditan como PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA *********

Que el respectivo TITULO ***** le fue otorgado por la ********** LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUEA BELTRAN *** el 12/16/1995 quien lo *** registro en el Libro 1 Folio 98 Ano 1995

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO _ Autorizar a MOLINA CASTANEDA LUZ MARITZA ****** identificado(a) con la cedula de ciudadania numero 52222943 de SANTAFE DE BTA , para ejercer la profesion de PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA ********* en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO - La presente Resolucion rige a partir de la fecha de su expedicion.

COMUNIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogota, D.C. a los 24 JUL. 1996

Original Firmado por
BEATRIZ LONDOÑO SOTO

BEATRIZ LONDONO SOTO
Secretaria Distrital de Salud

CJGR

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52222943

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).

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	AHDC405AP	13 NOV 2015	Compensar
	2 DOSIS	1938[illegible]	15/12/2015	compensar
	3 DOSIS	1434041	8 ENE 2016	Inmunosalud
	4 DOSIS	1434026	8 ENE 2016	Inmunosalud
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			

NOMBRE: Luz Maritza Molina Castañeda

¡Vacunate!

SERVICIO EFICIENTE Y EFICAZ

Es protección para tu salud y requisito para tu práctica laboral.

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
TRIPLE VIRAL	REFUERZO			
	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

Cód. de Prestador 11-00117798-01/2
Inmunosalud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

PBX: 211 9289

Cel.: 310 237 1397

SEDE PRINCIPAL
Cra. 15 No. 51-14 Piso 2
Bogotá, D.C.

SEDE RESTREPO
Cra. 17 No. 15-46 Sur Local 305

inmunosalud@outlook.com
www.inmunosalud.com

Cód. de Prestador 11-00117798-01/2
Inmunosalud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VIGILADO Supersalud

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

NIT: 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1100117798O1
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 1100117798O2

NOMBRES: Luz Maritza Molina Castañeda

DOCUMENTO: 52-222-943

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
INFLUENZA	1ra. DOSIS			
VARICELA	1ra. DOSIS			
NEUMOCOCO	1ra. DOSIS			

UNIDAD MEDICA MODELIA

"Experiencia y Calidad con Tecnología al Servicio de su Salud"

Dirección: Carrera 82 # 22 A 71

Teléfono : 4102145 Celular 3164740813

CERTIFICACION MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 24 / 07 / 2016

HORA : _____

Nombre: Luz Marina Molina Castañeda

Fecha de Nacimiento: 07 / 03 / 74 Edad 42 Sexo M ___ F X Estado Civil Casada

CC: 52.222.943 Bta

El suscrito médico certifica que Luz Marina Molina Castañeda con CC 52.222.943 Bta

Se encuentra apto/a para desempeñar el cargo Terapeuta Respiratoria en el área de _____

El cual aspira en la empresa _____

Nombre del Medico Especialista: LELIS ANTONIO SANCHEZ DIAZ

RM : 6784 LIC : 1204 SDS

Firma _____

Lelis Antonio Sanchez
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
CC 7933174
RM 6784 LIC 1204

Nombre del aspirante: Luz Marina Molina Castañeda

Firma del aspirante Luz Marina Molina Castañeda

CC: 52.222.943 Bta

Lelis Antonio Sanchez
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
CC 7933174
RM 6784 LIC 1204

FUNDACIÓN INSIMED
Instituto de Simulación Médica

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA

C.C. No. 52222943

Ha participado en el Curso de:

REANIMACION NEONATAL

Realizado en La Fundación INSIMED el día 14 de Mayo de 2016, con una intensidad de 8 horas Teórico Prácticas.

Bogotá, D.C.

Guillermo Ortiz M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clínica
Center For Medical Simulation

Nº 2848

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

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

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

FECHA:	NOV/28/17	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Molina	Castañeda	Luz	Maritza		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C	NUIP	52.222.943	Bogotá D.C	26 agosto 1992
PASAPORTE	OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
08/03/1974	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A)		CASADO		DIVORCIADO(A) X	UNION LIBRE	1	1	3138175453

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO TECNOLOGO X	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	CUAL:	Terapeuta Respiratorica

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 58 # 48M-19 Int 6 Apto 2450	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3138175453

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
maritzatrmolina10@gmail.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA			IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI			SI	NO X	8692	8692
		NO	X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO X	AGENTE RETENEDOR	SI	NO X	AGENTE AUTORETENEDOR	SI	NO X

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-FI-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐ # NIT: 900.959.057

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diag34#5-43	3444484	Bogotá	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION
Terapeuta Respiratoria		14-11-2006

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2'764.302	GASTOS FAMILIARES	1.500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	2.300.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	17.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	80500000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	400.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2'764.302	TOTAL EGRESOS	1900000	TOTAL ACTIVOS	97500,000	TOTAL PASIVOS	2.300.000

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
Ramirez	Patiño	Maria	Consuelo
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Calle81 #102-60	Bogotá Cundinamarca.	Amiga	4968022

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA Colombia	Cuenta de Ahorros	126038975	Centro	4010000

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

Terapeuta Respiratoria

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS [illegible]

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

Luz Maritza Mora Castañeda

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

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

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

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA identificado(a) con CC 52222943 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	19/02/2001
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 19 días del mes de noviembre del año 2017 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR LTDA.

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

RADICADO 123456

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52222943,** se encuentra afiliado (a) desde **07/12/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado de Salida	10	CITI COLFONDOS	31/07/1997	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/01/2016	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 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.

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

** Campos obligatorios*

CEDULA DE CIUDADANIA

Número de Documento *

La persona identificada con CC-52222943 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

Confirmar imagen *

CONSULTAR

© 2016 · Seguros Bolivar · Todos los derechos reservados 2016

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital La Victoria

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52.222.993	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Luz	Maritza	Molina	Castañeda

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
8 Marzo 1974	Bogotá	Cra 58 #48M-19 Int 6 Apto 4	3138175453

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Famisanar	Colpensiones	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Terapeuta Respiratoria	14-08-2006

Correo Electrónico	Celular
maritzatrmolina1@gmail.com	3138175453

Luz Maritza Molina Castañeda
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

Procuraduría General de la Nación
República de Colombia

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía Número Identificación: 52222943

¿ Cual es la Capital de Antioquia? (Sin tilde)

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) LUZ MARITZA MOLINA CASTAÃ‘EDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 52222943.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: viernes, noviembre 17, 2017 - Hora de consulta: 08:50:22

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 17 de noviembre de 2017, a las 8:59:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.222.943
Código de Verificación	608146542017

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

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1897213

Bogotá D.C., 17 de Noviembre de 2017 - 9:15 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUZ MARITZA MOLINA CASTAñEDA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES** de BOGOTA D.C.

52222943

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_7EF7_149
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 17/11/2017 a las 08:37:23 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52222943 y Nombres: MOLINA CASTAÑEDA LUZ MARITZA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

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

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República
Ministerio de Defensa
Gobierno en Línea
Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **LUZ MARITZA MOLINA CASTAÑEDA** identificado(a) con **cedula de ciudadania número 52.222.943** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130126000200038975** aperturada el **28 de febrero de 2000**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **126038975**
10 dígitos: **0126038975**
16 dígitos: **0126000200038975**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **20** de **noviembre** de **2017** a las **14:00**, con destino a **Quien Interese.**

Firma autorizada autografiada
BBVA COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDECIA FINANCIERA DE COLOMBIA