La República de Colombia

Y en su nombre

Instituto Nacional Dorada

de La Dorada - Caldas

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 22048 del 22 de Diciembre de 1987

Confiere a

Doris Hernández Rivera

Identificado con T. de I. No.710803-03151 de La Dorada

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretaria

La Dorada, 1 de Diciembre de 1988

Anotado al Folio No. 117-76

Libro de Registro No. 11

Secretario de Educación

Dado en Manizales, a 16 de Marzo de 1990

República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No. 22215 del 9 de Diciembre de 1983

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

Doris Hernández Rivera

C.C. 30.350.750 La Dorada

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá, D.C. 20 de Junio de 2001

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Rector

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Reconócese este título para todos los efectos legales
Bogotá 16 Agosto 2001
Resolución No. 25.16.847

Secretario General

Decano

Libro de Registro No.: 1
Anotado al folio: 12
Registro No.: 436
Fecha: Junio 20/20

Instituto Nacional Dorada

Carrera 6 Calle 4 y 5 — Teléfonos 72472 y 73007

La Dorada - Caldas

JORNADA DIURNA

Inscripción S.E. No. 138003-0002

Inscripción DANE No. 11738000058

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de La Dorada, a los 3 días del mes de DICIEMBRE del año 1.988 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Instituto Nacional Dorada.

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad A C A D E M I C A, según Resolución No. 22048 del 22 de Diciembre de 1987.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER ACADEMICO

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

47 HERNANDEZ RIVERA DORIS T.I. 710803-03151 LA DORADAC.

Es copia tomada del Libro de Actas Generales de Grado, Folio No. 174 Acta No. 021

de fecha DICIEMBRE 3 DE 1.988 que consta de 96 alumnos, comienza con el nombre de ALONSO OCAMPO EVELIN y se cierra con el nombre de VARGAS MONTOYA MONICA DEL PILAR.

Firmada y Sellada por SANTANDER ALFONSO MEDINA PEREZ Rector y MARIA ELVIA GARZON DE SOTO Secretaria

Dada en La Dorada, a los 3 días del mes de DICIEMBRE de 198 8

Ministerio de Educación Nacional — Instituto Nacional Dorada — Secretaría — LA DORADA - Caldas

Rector

C. C. No 12.709.249 de VALLEDUPAR C.

Secretaria

C. C. No 38.977.962 de CALI V.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA: Que en el libro de Actas de la Fundación, se encuentra el ACTA DE GRADO NO. 107. Que en Bogotá D.C. a los veinte (20) días del mes de junio de dos mil uno (2001) siendo las cuatro (4:00) de la tarde, convocados por Resolución No. 176 de junio catorce (14), se reunieron en EL SALON SANTANDER DEL HOTEL ORQUIDEA REAL, el doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, la decana de la facultad de ENFERMERIA doctora: LILIANA BUENAHORA TOBAR, y la Secretaria General de la Fundación, doctora MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, para presidir la ceremonia de grado de: **DORIS HERNÁNDEZ RIVERA** identificada con cédula de ciudadanía No. **30.350.750 La Dorada** quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum y presentó, PRACTICAS HOSPITALARIAS y TRABAJO DE GRADO, cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa y habiéndose hecho merecedor a recibir el título de: **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 de julio 26 de 1995. Previa entrega de los diplomas, se tomó el juramento de rigor al (los) graduando (s), quien (es) prometió (prometieron) cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera, de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Acto seguido, el Señor Rector presentó su saludo en nombre de la Fundación. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron: Anotado en el libro de registro de títulos tomo 1, folio 122, número 4368.

(Fdo) PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, (Rector)
(Fdo) LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana Facultad de Enfermería
(Fdo) MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Es copia tomada de su original, a los veinte (20) días del mes de junio de dos mil uno (2001).

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

SECRETARIA GENERAL

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:

DORIS HERNÁNDEZ RIVERA

C.C.: 30350750

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
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

Fundación Universitaria del Area Andina

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Dais Hernández Rivera, 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:

Enfermera

(NOMBRE DEL TITULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Dais Hernández Rivera

No. de documento: 30.350.750.

Tarjeta profesional No.: 27258

Dirección de contacto: Av. Caracas Nº 1-03

Teléfono: 3105900 70

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.350.750**

HERNANDEZ RIVERA

APELLIDOS

DORIS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-AGO-1971**

LA DORADA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

26-JUL-1990 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00207131-F-0030350750-20100104 0019580263A 2 1160101803

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 14387548105

(415)7707212489984(8020) 000001438754810 5

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

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	RIVERA	DORIS	

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: AV CARACAS 1 03 AP 308 BL 6

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dorisjval15@gmail.com		3 0 2 4 6 5 4	3 1 0 5 6 9 0 0 7 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 0 6 0 9 1 9					2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

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 6 0 8 3 1

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: Doris Hernandez Rivera

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ROMERO TELLEZ DEISY LORENA
985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO CERTIFICADO 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: 31-08-2016
Hora: 3:47:48 PM

CONTRIBUYENTE NIT 30350750-6 DORIS HERNANDEZ RIVERA

Información General

Dirección AV CARACAS 1 03 APTO 308 BL 6

Teléfonos 3024654 / 3105690070

Dirección electrónica dorisjval15@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2012

Soporte Inscripción 14091811

Fecha Inicio Actividades 01/01/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001123003

Fuente ICA TE TOCA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia

A N E C

TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)

Doris Hernandez Rivera



REGISTRADO

NOMBRE DORIS HERNANDEZ RIVERA

C.C. 30.350.750 LA DORADA (CALDAS)

UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA

RUN No. 27258

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 18/MAR/2011

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 18/MAR/2021

DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 1684 DE 2001

(16 AGO. 2001)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional "

EL SECRETARIO DE SALUD

En cumplimiento al Decreto Número 1875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto Número 3134 de 1956.

C O N S I D E R A N D O :

Que **DORIS HERNANDEZ RIVERA**, con cédula de ciudadanía No. **30.350.750 de La Dorada**, ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como **ENFERMERA, TITULO** que le otorgó **LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, según Acta de Grado No. 107 de fecha 20 de junio de 2001**

Que dicho título se encuentra debidamente registrado **con el No. 4368, folio 122, libro 1, por la Secretaría de la Universidad, Santafé de Bogotá, D.C. 20 de junio de 2001.**

Que de conformidad con la Ley 50 de 1981, Artículo 2, Parágrafo 3, Acuerdo No. 005 de 1999, del 1 de Septiembre de 1999, expedido por el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, presidido por el ICFES, y Resolución No. 0522 del 16 de abril de 2001, emanada del Ministerio de Salud, se autorizó la realización de un sorteo de plazas de **ENFERMERIA**, para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizó el 29 de junio de 2001.

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **DORIS HERNANDEZ RIVERA,** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. **30.350.750 de La Dorada** para ejercer la profesión de **ENFERMERA**, en el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los 16 AGO. 2001

ALVARO FLOREZ BERNAL
Secretario de Salud

PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

AFB/PGRM/Luz Mery G./Vo.Bo.Of.Jurd.

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 *

30350750

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).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **DORIS HERNÁNDEZ RIVERA** identificada con la cédula de ciudadanía número 30.350.750, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintidós (22) días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Unsupported Personality: PCL

Controlar
SALUD INTEGRAL S. A. S.

FECHA	MARZO 29 DE 2017
NOMBRE	HERNANDEZ RIVERA DORIS
IDENTIFICACION	30.350.750
EDAD	44
EMPRESA	HOSPITAL MILITAR CENTRAL

EXAMEN

HEPATITIS B, TITULACION DE ANTICUERPOS

RESULTADO 172,7 UI/L

CRITERIOS DE INTERPRETACION

ENTRE 0 A 9,9 UI/L	SEROCONVERSION / INICIAR ESQUEMA
ENTRE 10 A 100 UI/L	SEROPROTECCION / REFUERZO A LOS 6-12 MESES
ENTRE 101 A 1000 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 2 AÑOS
ENTRE 1001 A 10000 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 5 AÑOS
MAYOR A 10001 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 10 AÑOS

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Asesor Seguridad y Salud
24/4/17

Atentamente

Controlar
NIT. 830
Bacteriólog

ENTORNO&COMPAÑÍA
Gestión de prevención de Riesgos Profesionales

ISO 9001 icontec IQNet

CERTIFICADO DE APTITUD EXAMEN PERIÓDICO

LUGAR Y FECHA DE ATENCION	**Bogotá, Abril 27 de 2015**
APELLIDOS Y NOMBRES	HERNANDEZ RIVERA DORIS
IDENTIFICACION	30350750
NOMBRE DE LA EMPRESA	HOSPITAL SANTA CLARA
EMPRESA EN MISION	TRABAJADOR INDEPENDIENTE
CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)	ENFERMERA

EVALUACIÓN REALIZADA

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

CONCEPTO

CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

RECOMENDACIONES INDIVIDUALES Y PARA EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA

Recomendaciones para la Empresa: CONTROL OCUPACIONAL ANUAL, HIGIENE POSTURAL Y ELEMENTOS ERGONOMICOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, INDICACIONES TRABAJO DE PIE

Recomendaciones para el Trabajador: USO DE CORRECCION VISUAL PARA LABORAR, USO DE MEDIAS ANTIVARICE VALORACION POR ORTOPEDIA EN EPS

Declaración del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicas y permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional. Recibí copia del concepto médico ocupacional de acuerdo a las evaluaciones médicas y paraclínicas practicadas, estoy informado que ENTORNO & COMPAÑÍA tendrá en custodia mi Historia Clínica Ocupacional, de acuerdo a lo estipulado en la Resolución 1918 de 2009. Autorizo a ENTORNO & COMPAÑÍA para que suministre la información requerida para el buen cumplimiento del programa de vigilancia epidemiológica de medicina del trabajo, consignada en el concepto médico y en el diagnóstico de salud. (Artículos 9,10,17 y 18 de la resolución 2346 de 2007).

NOMBRE DEL TRABAJADOR: HERNANDEZ RIVERA DORIS	**NOMBRE MEDICO:** LINA MARIA RODRIGUEZ
FIRMA: Doris Hernandez Rivera	**FIRMA:**
CEDULA: 30350750	**LIC. S.O:3286/08**

LINA MARIA RODRIGUEZ BARRERA
Especialista en Medicina del Trabajo
y Salud Ocupacional
LIC. SO 3286/2008

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

DORIS HERNANDEZ RIVERA

c.c. 30.350.750

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 26 días del mes de Noviembre de 2016.

Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

5512

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

FECHA:	27-11-17	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hernández	Rivera	Doris	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	30.350.750	La Dorada - Caldas	26-07-1990

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

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
3-8-1971	La Dorada - Caldas	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	2	2	3105690074

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Av. Caracas N° 103	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3024654

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐
dorisjval15@gmail.com				

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. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	8699	
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 14B N°1-45 SUR	3282828	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Enfermera	FECHA VINCULACION		01-08-16.

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2'808.000	GASTOS FAMILIARES	2.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	800.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2'808.000	TOTAL EGRESOS	2.000.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	800.000

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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Olivos	Tizatazo	Nubia	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cra 3B. N°90-53 sur	Bogota - Cundinamarca Colombia	Compañera	3134151859

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogotá	Ahorros	102569449	Avenida Primera	01-800-0518877

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.):

Enfermera

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no 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 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 autorizacion, entiendase 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 - 43, 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, Contratisin 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 elaboracion de estudios tecnicos , estadísticos, 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 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 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 e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlaf@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Doris Fernández Rivera

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. Obsérvaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

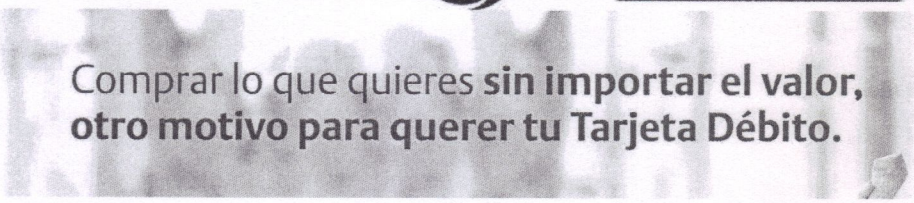
1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

Banco de Bogotá

Fogafín Seguridad para tu ahorro | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

Extracto Cuenta Ahorro

Nro. 2017093009AH



HERNANDEZ RIVERA,DORIS
AV CARACAS 1 03 APTO 308 BL 6
EDUARDO SANTOS
BOGOTA D.C.,BOGOTÁ D.C.- CUND.
Entrega: EM Oficina: 0102 Avenida Primera
534178

FECHA EXTRACTO **Julio - Septiembre 201**
Desde: Julio 01 Hasta: Septiembre 30
Cuenta Número: 102569449
Tipo de Cuenta: Cuentas Privadas
Cod. Origen: 0102
BOGOTA

Resumen de la Información

Saldo Inicial:	**4,696.00**
Total 000003 Abonos:	8,537,499.00
Total 000022 Cargos:	-8,503,163.00
Total IVA:	0.00
Total 4x1000 GMF:	-34,012.00
Total Retencion:	0.00
Total Intereses:	99.00
Saldo Final:	**5,119.00**

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor
07/07	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	2,783,967.00
07/07	0845	Cuenta Protegida Integral TMK	Bogota	Principal	350750	-17,221.00
07/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-69.00
11/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B0125 de Bogota CATEL REST realizado el 11/07/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	002447	-600,000.00
11/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-2,400.00
12/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 12/07/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	008504	-600,000.00
12/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-2,400.00
18/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B1770 de Occidente JAVERIANA realizado el 18/07/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	003692	-360,000.00
18/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B1770 de Occidente JAVERIANA realizado el 18/07/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	003688	-600,000.00
18/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B1770 de Occidente JAVERIANA realizado el 18/07/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	003690	-600,000.00
18/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-6,240.00
25/07	GT19	Cargo Aplicado Comision sin IVA que Estaba Pendiente de Cobr	Bogota	Av Primera		-331.00
25/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-1.00
26/07	GT19	Cargo Aplicado Comision sin IVA que Estaba Pendiente de Cobr	Bogota	Av Primera		-1.00
31/07	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		63.00
31/07	GT19	Cargo Aplicado Comision sin IVA que Estaba Pendiente de Cobr	Bogota	Av Primera		-63.00
09/08	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	2,783,967.00
09/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2214 de Bogota HSANTACL realizado el 09/08/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	008761	-600,000.00
09/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2214 de Bogota HSANTACL realizado el 09/08/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	008763	-600,000.00
09/08	0845	Cuenta Protegida Integral TMK	Bogota	Principal	350750	-17,221.00
09/08	GT19	Cargo Aplicado Comision sin IVA que Estaba Pendiente de Cobr	Bogota	Av Primera		-1,105.00
09/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-4.00
09/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-4,869.00
11/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B1770 de Occidente		Canal Electro	001029	-350,000.00

Banco de Bogotá

Extracto Cuenta Ah

Nro. 2017093

Nro

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor
		JAVERIANA realizado el 11/08/2017 Tarj # 491511******0162				
11/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B1770 de Occidente JAVERIANA realizado el 11/08/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	001027	-600,000.00
11/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B1592 de Occidente MARLY realizado el 10/08/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	006357	-600,000.00
11/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-6,200.00
31/08	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		9.00
08/09	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	2,969,565.00
08/09	0845	Cuenta Protegida - Mensual	Bogota	Principal	350750	-17,221.00
08/09	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-69.00
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B1770 de Occidente JAVERIANA realizado el 11/09/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	009887	-600,000.00
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B1592 de Occidente MARLY realizado el 11/09/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	002632	-600,000.00
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B1770 de Occidente JAVERIANA realizado el 11/09/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	009891	-600,000.00
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B1770 de Occidente JAVERIANA realizado el 11/09/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	009889	-600,000.00
11/09	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-9,600.00
12/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B1770 de Occidente JAVERIANA realizado el 12/09/2017 Tarj # 491511******0162		Canal Electro	009984	-540,000.00
12/09	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-2,160.00
30/09	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		27.00
-----	-----	-------- FIN MOVIMIENTOS --------	----------	----------	----------	----------

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 430809

Que el (la) señor(a) PU. DORIS HERNANDEZ RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía 30350750 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (HOMIC) a través de HOSPITAL MILITAR CENTRAL, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Dada en Bogotá D.C., el día 16 de noviembre de 2017.

Sargento Viceprimero JORGE ALBENIO ALFONSO CONTRERAS
Coordinador Grupo de Afiliación y Validación de Derechos (E)
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: YEINLOZ

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) **DORIS HERNANDEZ RIVERA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **30350750,** se encuentra afiliado (a) desde **31/01/1992** 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 14 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.

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

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

Numero de Documento	ARL
30.350.750	Seguros Bolivar

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Doris		Hernández	Rivera

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	teléfono fijo
03-08-1971	La Dorada	Av. Caracas N° 1-03	3024654

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Fosyga	Colpensiones	2.808.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Enfermera	10- Enero 2018

Correo Electrónico	Celular
dorisjual 15@gmail.com	3105690070

Doris Hernández Rivera
Firma del Afliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.431.704 Bta
Enfermera P.U.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 52. 431. 704.

SEGUROS
BOLÍVAR

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 IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	30350750	DORIS HERNANDEZ RIVERA	SANTA CLARA-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/09/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

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

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 101667801

WEB
04:05:15

Bogotá DC, 14 de noviembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidad (SIRI), el(la) señor(a) DORIS HERNANDEZ RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 30350750:

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 la 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 penale disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones d 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 q establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 14 noviembre de 2017, a las 4:9:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	30.350.750
Código de Verificación	308421612017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectiv 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 ac plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMM

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1886227

Bogotá D.C., 14 de Noviembre de 2017 - 4:06 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) **DORIS HERNANDEZ RIVERA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL SETECIENTOS CINCUENTA** de LA DORADA

30350750

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_X6TYW_064
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/11/2017 a las 04:11:19 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 30350750 y Nombres: HERNANDEZ RIVERA DORIS

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

Todos los derechos reservados 2011.

Banco de Bogotá

BANCO DE BOGOTÁ
OFICINA AVENIDA PRIMERA - 102

HACE CONSTAR QUE:

El señor(a) DORIS HERNANDEZ RIVERA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 30.350.750 expedida en la Dorada, se encuentra vinculado con nuestra oficina; mediante cuenta de nómina No. 102569449 desde el 30 de Octubre de 2006.

Se expide la presente a solicitud de nuestro cliente, a los Quince (15) días del mes de Noviembre de dos mil diecisiete (2017). Para ser presentada a **Hospital de Santa Clara**.

Cordialmente,

Banco de Bogotá
OF. AVENIDA PRIMERA 102

Firma Autorizada.