Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correpondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
1010193704	LUZ DARY CUTA HURTADO	21/12/2017 08:18:45 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	21/12/2017 08:18:45 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

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: 16-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CUTA	HURTADO	LUZ DARY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1010193704

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES OCT AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Gámeza

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 68D 40 53 SUR TO 1 AP 908

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3118884589

EMAIL cutahurtado@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 TECNICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2007
										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		ENFERMERA(O)	1	2016	1010193704

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

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: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	cutahurtado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3232080430	DIA 7 MES 3 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	MEDICINA INTERNA	KR 14BIS 1-45 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Cáqueza	cutahurtado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3232080430	DIA 1 MES 1 AÑO 2018	DIA 6 MES 3 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	COORDINACION DE LAS AREAS	AV 5 5-80

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Cáqueza	cutahurtado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3232080430	DIA 15 MES 10 AÑO 2017	DIA 31 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	COORDINACION DE LAS AREAS	AV 5 5-80

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: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Cáqueza	cutahurtado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2302080430	DIA 1 MES 8 AÑO 2017	DIA 14 MES 10 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	COORDINACION DE SERVICIOS	AV 5 5-80

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Cáqueza	cutahurtado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3232080430	DIA 1 MES 6 AÑO 2017	DIA 30 MES 7 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	COORDINACION DE SERVICIOS	AV 5 5-80

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Cáqueza	cutahurtado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3232080430	DIA 1 MES 5 AÑO 2017	DIA 30 MES 5 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	COORDNACION DE SERVICIOS	AV 5 5-80

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: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Cáqueza	cutahurtado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3232080430	DIA 1 MES 1 AÑO 2017	DIA 30 MES 4 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	COORDINACION DE SERVICIOS	AV 5 5-80

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Cáqueza	cutahurtado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3232080430	DIA 1 MES 11 AÑO 2016	DIA 31 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	COORDINACION DE SERVICIOS	AV 5 5-80

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Cáqueza	cutahurtado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3232080430	DIA 1 MES 7 AÑO 2016	DIA 30 MES 10 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	COORDINACION DE AREAS	AV 5 5-80

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: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	*MUNICIPIO* Cáqueza		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* cutahurtado@gmail.com
TELÉFONOS 3232080430	*FECHA DE INGRESO* DIA 18 MES 5 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* COORDINACION DE AREAS		*DIRECCIÓN* AV 5 5-80

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	1	12
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	12

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 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Luz Dary Cuta Hurtado
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned with CamScanner

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: 16-dic-2018

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

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ DARY CUTA HURTADO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1010193704 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 68D 40 53 SUR TO 1 AP 908 **Teléfonos** 3232080430 3118884589

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS ALBERTO CUTA BARRERA	4122721	PADRE
NATIVIDAD HURTADO SUAREZ	23764409	MADRE

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	$ 29.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 29.000.000,00

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
BANCOD E BOGOTA	AHORROS	580-09540-4	CAQUEZA	$ 1.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE BOGOTA	TARJETA CREDITO	$ 4.000.000,00

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

Última Actualización: 12-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** Ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Luz Dary Cuta Hurtado

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned with CamScanner

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

LUZ DARY CUTA HURTADO

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.010.193.704 EXPEDIDA EN BOGOTA, D.C

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ENFERMERA

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 26 DE ENERO DE 2016

RECTOR

PRESIDENTE DE EL CLAUSTRO

PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO

DECANO

SECRETARIO GENERAL

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Colegio El Destino

Institución Educativa Distrital

Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogota,
según Resolución de Creación No 4636 del 15 de Diciembre de 1995,
Resolución de Funcionamiento No. 2594 del 19 de Marzo de 1997,
Resolución de Reconocimiento Oficial No. 7560 del 12 de Noviembre de 1998 y Resolución de
Ampliación Oficial No. 1144 del 3 de Abril de 2000

Confiere a:

Luz Dary Cuta Hurtado

T.I. 901010-79650 Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Técnico

con Especialización en Agropecuaria

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

Rector

Bellanith Santana
Secretaria

Anotado al Folio No. 08 del Libro para control interno de Diplomas No. 44

Dado en Bogotá, D.C., a los 13 días de mes de Diciembre de 2007

" No requiere registro, según decreto 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995"

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 09 de diciembre del año 2015, según consta en el Acta No. 1077 y Acuerdo No. 13658 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

LUZ DARY CUTA HURTADO
C.C. 1.010.193.704 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ENFERMERA

En ceremonia solemne del día 26 de enero del año 2016, se le hace entrega del diploma No.13478, el cual aparece registrado con el No. 13902, al folio 802 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2016.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los veintiséis (26) días del mes de enero del año dos mil dieciséis (2016).

RAFAEL SÁNCHEZ PARÍS
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

Personería Jurídica Resolución No. 11153 de 1978 Ministerio de Educación Nacional

No. 117508

ER

NOTARÍA 69 DE BOGOTÁ

AUTENTICACIÓN FIRMA REGISTRADA

El (La) suscrito (a) Notario (a) certifica que la firma de:

SANCHEZ PARIS RAFAEL ANTONIO

con C.C. No. 80410714

que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en ésta Notaria. Previa confrontación de las dos.

Bogotá D.C. 26/01/2016 a las 07:24:05 a.m.

Art. 73 Decreto 960/1970.

Verifique en
www.notariaenlinea.com
T6M3K3IIKHVLM66C

ER
María Inés Pantoja Ponce
Notaria 69 Bogotá D.C.

rwesw4sexcwsxwse

REPUBLICA DE COLOMBIA
MARIA INES PANTOJA
NOTARIA
CIRCULO DE BOGOTA D.C.
NOTARIA SESENTA Y NUEVE

ER

NOTARÍA 69 DE BOGOTÁ

AUTENTICACIÓN FIRMA REGISTRADA

El (La) suscrito (a) Notario (a) certifica que la firma de:

RODRIGUEZ BUITRAGO LUIS ARTURO

con C.C. No. 19358945

que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en ésta Notaria. Previa confrontación de las dos.

Bogotá D.C. 26/01/2016 a las 07:23:19 a.m.

Art. 73 Decreto 960/1970.

Verifique en
www.notariaenlinea.com
W75D3R1JB55LB3YX

ER
María Inés Pantoja Ponce
Notaria 69 Bogotá D.C.

d8hZm8nZyub6yb6u

REPUBLICA DE COLOMBIA
MARIA INES PANTOJA P.
NOTARIA
CIRCULO DE BOGOTA D.C.
NOTARIA SESENTA Y NUEVE

Acta Individual de Grado

COLEGIO EL DESTINO

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL

LOCALIDAD 5 JORNADA COMPLETA
Kilómetro 8 Via San Juan de Sumapaz
Teléfono: 6392112
AÑO 2007

Inscripción DANE 21185000874

En nombre de la República de Colombia y en la ciudad de Bogotá, D.C., a los 6 días del mes de Diciembre del año 2007, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria de el **COLEGIO EL DESTINO INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL Jornada Única Calendario A**. Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Técnica Vocacional por Autorización del Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la modalidad Técnica con Especialización en Agropecuaria según Resolución No. 1144 del 3 de Abril de 2000
Comprobada la situación legal y académica de cada una de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el:

TITULO DE:
BACHILLER TECNICO
Con Especialización en Agropecuaria

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

Luz Dary Cuta Hurtado
T.I. 901010-79650 Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 07 del 6 de Diciembre del año 2007, que consta de 62 alumnos. que comienza con el nombre de: **ALBANIL MARROQUIN MANUEL ALFREDO** y se cierra con el nombre de **SUAREZ DIAZ JORGE ANDRES.**

Firmada y sellada por;
Pedro Pablo Fonseca Varela (Rector) y Bellanith Santana Rojas (Secretaria)
Dada en Bogotá, D.C., a los 6 días del mes de Diciembre del año 2007.

(Firmado y sellado)

PEDRO PABLO FONSECA VARELA
Rector
C.C. 2.323.770 de Icononzo

Bellanith Santana

BELLANITH SANTANA ROJAS
Secretaria
C.C. 30.205.789 de Barbosa

Scanned by CamScanner

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que LUZ DARY CUTA HURTADO identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.010.193.704 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los veintiun (21) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

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

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001559588CC1010193704E.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ DARY CUTA HURTADO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.010.193.704

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintiun (21) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

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

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

48378673 - 21/11/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001559588CC1010193704C.

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

LA FACULTAD DE ENFERMERIA Y LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A

LUZ DARY CUTA HURTADO

C.C. 1010193704

Quien asistió y cumplió los requisitos académicos establecidos para el

CURSO ROL DE ENFERMERÍA EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA

Intensidad 40 Horas.

Bogotá D.C., Octubre 19 de 2012 - Noviembre 16 de 2012

Dra. Rita Cecilia Plata de Silva
Decana Facultad de Enfermería
Universidad El Bosque

Dra. María Zoraida Rojas
Directora del Curso
Universidad El Bosque

Dra. María del Rosario Bozón G.
Directora División Educación Continuada
Universidad El Bosque

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Certificamos que

LUZ DARY CUTA HURTADO

Con número de identificación: 1010193704

ha finalizado satisfactoriamente el curso

Entrenamiento Virtual Bienestar Futuro

Para la identificación temprana de menores en riesgo por consumo de alcohol y otras SPA.

Horas acreditadas: 40 horas

Expedido en Bogotá, a los 22 días de septiembre de 2012

OSEVELT FAJARDO GÓMEZ, MD.
Director Centro de Innovación y Educación en Salud
Fundación Santa Fe de Bogotá

AUGUSTO PÉREZ GÓMEZ, PH.D.
Director Corporación Nuevos Rumbos

JULIANA OCAMPO
Directora Desarrollo Sostenible
Bavaria Sabmiller

CAROLINA PIÑEROS OSPINA
Directora Ejecutiva Red PaPaz

REGIONAL TOLIMA

EL CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION

CERTIFICA

Que LUZ DARY CUTA HURTADO identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1010193704 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Ibagué, a los seis (6) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
JORGE ENRIQUE MONTEALEGRE HERNANDEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JORGE ENRIQUE MONTEALEGRE HERNANDEZ
Subdirector CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9226001807655CC1010193704E.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ DARY CUTA HURTADO

Con Cedula de Ciudadania No. 1010193704

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Ibagué, a los seis (6) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
JORGE ENRIQUE MONTEALEGRE HERNANDEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JORGE ENRIQUE MONTEALEGRE HERNANDEZ
Subdirector
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

56855634 - 06/12/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9226001807655CC1010193704C.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

LUZ DARY CUTA HURTADO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1010193704

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Administrar medicamentos según delegación y normativa de salud.

Código: 230101259

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los diez (10) días del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018)

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

489773 - 10/12/2018
No Y FECHA REGISTRO

VIGENCIA
10 de Diciembre de 2021

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101259CC1010193704C.

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
(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 Dary Cota Hurtado 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:

ENFERMERA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Luz Dary Cota Hurtado

No. de documento: 1010193704

Tarjeta profesional No: 1010193704

Dirección de contacto: KR 68D 40-53 Sur TO 1 AP 908

Teléfono: 3232080430

Scanned with CamScanner

BAZAK®

PERSONAL SIEMPRE DISPONIBLE

BAZAK S.A.
900.297.034-1

CERTIFICA A:

QUIEN INTERESE

Que la señora **LUZ DARY CUTA HURTADO** identificada con Cédula De Ciudadanía **No 1.010.193.704** de Bogotá, labora desde el 01 de Julio de 2016 al 30 de Octubre de 2016, como trabajadora en misión desempeñando el cargo de **ENFERMERA JEFE** en la empresa usuaria **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA.**

Durante el tiempo que estuvo vinculado a la compañía el trabajador se encontraba afiliado a la **E.P.S NUEVA EPS** y al fondo de pensión **PORVENIR.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 15 días del mes de Diciembre de 2016 en el municipio de Cáqueza.

***NOTA:** Este documento se expide una vez, conserve el original y saque copias para otras empresas

Cordialmente,

BAZAK
PERSONAL SIEMPRE DISPONIBLE
NIT. 900.297.034-1

LUZ MARINA RIVERA REY
Coordinadora De Proceso

ELABORÓ (Y.K.R.M.)
APROBO (L.M.R.R.)

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
II NIVEL- CAQUEZA CUND
NIT 832.001.411-7

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE CÁQUEZA

CERTIFICA:

QUE UNA VEZ REVISADO EL ARCHIVO QUE REPOSA EN EL ÁREA DE CONTRATACIÓN SE PUDO EVIDENCIAR QUE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA HA SUSCRITO CONTRATOS PARA LA VIGENCIA 2016-2017-2018 CON **LUZ DARY CUTA HURTADO**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANÍA NO 1010193704, ASÍ:

TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NUMERO:91DE 2016
FECHA:18 DE MAYO DE 2.016
OBJETO:SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIAPARA LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA E.S.E.
VALOR: ($5.400.000,00)
TERMINO:UN (01) MES Y VEINTIDOS (22) DIAS
ESTADO:EJECUTADO

TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NUMERO:378 DE 2016
FECHA:01 DE NOVIEMBRE DE 2.016
OBJETO:SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIAPARA LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA E.S.E.
VALOR: ($5.210.000)
TERMINO:DOS (02) MESES
ESTADO:EJECUTADO

TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NUMERO:072 DE 2017
FECHA:01 DE ENERO
OBJETO:SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIAPARA LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA E.S.E.
VALOR: ($10.800.000)
ADICION 1: (506.000)
ADICION 2:(2.700.000)
TERMINO:CUATRO (04) MESES
PRORROGA: 1 MES
ESTADO:EJECUTADO

TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NUMERO:502 DE 2017
FECHA:01 DE JUNIO DE 2.016
OBJETO:SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIAPARA LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA E.S.E.
VALOR: ($5.400.000)
TERMINO:DOS (02) MESES
ESTADO:EJECUTADO

TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Scanned by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
II NIVEL- CAQUEZA CUND
NIT 832.001.411-7

NUMERO:694 DE 2017
FECHA:01 DE AGOSTO
OBJETO:SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIAPARA LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA E.S.E.
VALOR: ($5.400.000)
ADICION: (1.250.000)
TERMINO:DOS (02) MESES
PRORROGA: QUINCE (15) DIAS
ESTADO:EJECUTADO

TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NUMERO:945 DE 2017
FECHA:23 DE OCTUBRE
OBJETO:SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIAPARA LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA E.S.E.
VALOR: ($5.400.000)
ADICION: (1.250.000)
TERMINO:UN (01) MES Y QUINCE (15) DIAS
PRORROGA: QUINCE (15) DIAS
ESTADO:EJECUTADO

PARA CONSTANCIA, SE FIRMA EN CÁQUEZA EL 30 DE ENERO DE 2018.

ANGELA LENITH RAMIREZ LEON
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

PROYECTO A.A : C.LG.
REVISO /APROBO S.A : A.L.R

Scanned by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.010.193.704
CUTA HURTADO
APELLIDOS
LUZ DARY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1990
GAMEZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
22-OCT-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-00781047-F-1010193704-20160105
0047926822A 1
1983693462

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14367840970

(415)7707212489984(8020) 000001436784097 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 1 9 3 7 0 4	1	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	1 0 1 0 1 9 3 7 0 4	2 0 0 8 1 0 2 2

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
CUTA	HURTADO	LUZ	DARY

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
CL 63 F 26 28

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ldch724gatr@hotmail.com		3 2 0 4 5 0 0 1 9 8	

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 2	2 0 1 6 0 4 0 8					3 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 6 0 4 0 8

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre PACHON TORRES ANGELICA MARIA
985. Cargo: Gestor I

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: 16-01-2018
Hora: 4:12:47 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1010193704-1 LUZ DARY CUTA HURTADO

Información General

Dirección CL 63 F 26 28

Teléfonos 3204500198

Dirección electrónica ldch724gatr@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 16/01/2018

Soporte Inscripción 23402979

Fecha Inicio Actividades 08/04/2016

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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002616406

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 1.010.193.704
ENFERMERA
LUZ DARY CUTA HURTADO
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-01-26
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 17/02/2016

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1010193704

Primer Nombre *

LUZ

Primer Apellido *

CUTA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-12→10:03:51 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1010193704	LUZ	DARY	CUTA	HURTADO	Ver

Información Detallada [CC: 1010193704] LUZ DARY CUTA HURTADO

2018-12-12→10:03:51 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	ENFERMERIA	2016/2/17	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

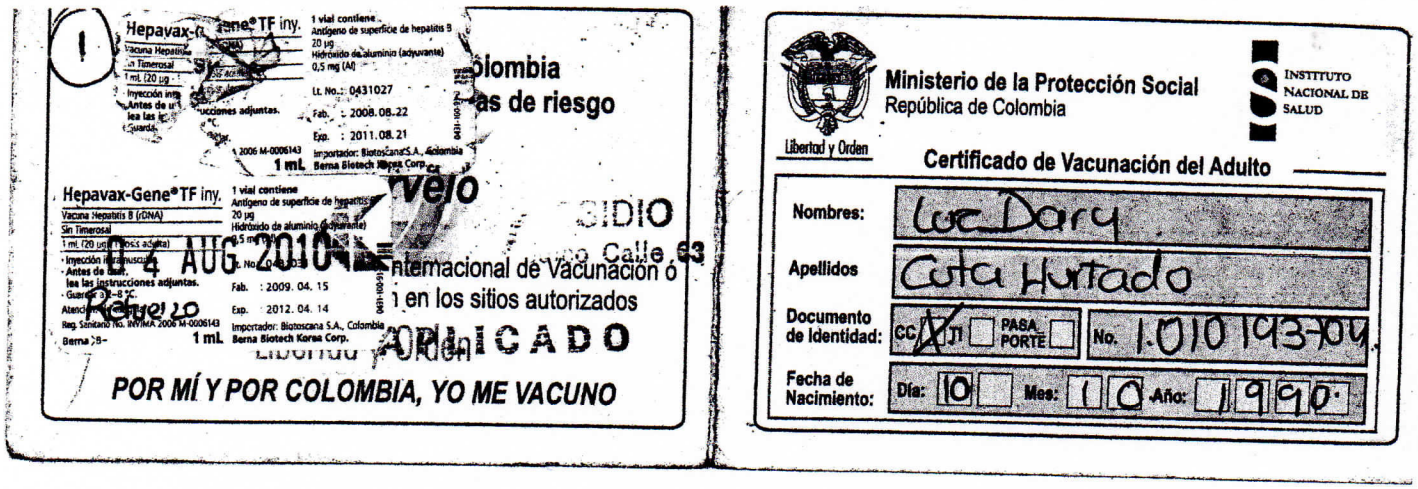
HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LUZ DARY CUTA HURTADO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.010.193.704, 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 once (11) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



1

Hepavax-Gene® TF iny.
Vacuna Hepatitis B (rDNA)
Sin Timerosal
1 ml. (20 µg - [illegible] adulto)
Inyección intramuscular.
Antes de usar, lea las instrucciones adjuntas.
Guarde 2°–8°C.
Reg. Sanitario No. INVIMA 2006 M-0006143
Berna 28
1 ml.

1 vial contiene
Antígeno de superficie de hepatitis B 20 µg
Hidróxido de aluminio (adyuvante) 0,5 mg (Al)
Lt. No.: 0431027
Fab. : 2008. 08. 22
Exp. : 2011. 08. 21
Importador: Biotoscana S.A., Colombia
Berna Biotech Korea Corp.

olombia
as de riesgo

Hepavax-Gene® TF iny.
Vacuna Hepatitis B (rDNA)
Sin Timerosal
1 ml. (20 µg - [illegible] adulto)
Inyección intramuscular.
Antes de usar, lea las instrucciones adjuntas.
Guarde 2°–8°C.
Reg. Sanitario No. INVIMA 2006 M-0006143
Berna 28
1 ml.

1 vial contiene
Antígeno de superficie de hepatitis B 20 µg
Hidróxido de aluminio (adyuvante) 0,5 mg (Al)
Lt. No.: 0431028
Fab. : 2009. 04. 15
Exp. : 2012. 04. 14
Importador: Biotoscana S.A., Colombia
Berna Biotech Korea Corp.

0431-100-1E6

0 4 AUG 2010

nternacional de Vacunación o
en los sitios autorizados

APLICADO

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Luz Dary
Apellidos	Cota Hurtado
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 1.010 193704
Fecha de Nacimiento:	Día: 10 Mes: 10 Año: 1990

14

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	27 JUN 2009	(illegible) MSP	
	2	13 AUG 2009		
	3	17 SEP 2009	Box	
Refuerzo		04 AUG 2010		

DESPACHADO
Calle 63

1 vial contiene
Antígeno de superficie de hepatitis B 20 µg
Hidróxido de aluminio (adyuvante) 0,5 mg (Al)
Lt. No.: 0431028
Fab. : 2008.10.07
Exp. : 2011.10.06
Importador: Biotoscana S.A., Colombia
Berna Biotech Korea Corp.

0431-100-1E6

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				

LABINTOX S.A.S.

SALUD OCUPACIONAL - LABORATORIO CLINICO TOXICOLOGIA

FECHA : Noviembre 23 de 2017
NOMBRE : CUTA HURTADO LUZ DARY
CEDULA : 1,010,193,704
EMPRESA : **HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA**

CONSEC. : 20
EDAD : 27
SEXO : F

HEPATITIS B, Anti - HBs

RESULTADO	: **157.85** **mUI/mL**	
VALORES DE REFERENCIA	*Titulos Anticuerpos HBs*	*Tiempo de Protección*
	Menor de 10 mUI/mL	No reactivo
	Mayor de 10 mUI/mL	Reactivo
	ESQUEMA DE VACUNACIÓN	
	Menor o igual a 10 mUI/mL	Revacunación
	10.0 – 100 mUI/mL	Niveles de Protección
	Mayores de 100 mUI/mL	Niveles de Inmunidad
METODO	: Quimioluminiscencia Enzimática Amplificada	

LABINTOX S.A.S.
Lic. S. Ocup. 12960
Jeannette García
TP. 39562412

DR. RAÚL HERNANDO CASTILLO CRUZ
MÉDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES

CONSECUTIVO 1010193704

DR. RAUL HERNANDO CASTILLO CRUZ

MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES

REGISTRO MEDICO 2527 DE 2010

RESOLUCION PRESTACION DE SERVICION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 25-32076 DE 2016

CONCEPTO OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] FECHA DE REALIZACION DIA 20 MES 12 AÑO 2017

NOMBRES LUZ DAIRY APELLIDOS CUTA HURTADO

DOCUMENTO CC N° 1.010.193.704 DE BOGOTA EDAD 27 Años SEXO FEMENINO

CARGO A DESEMPEÑAR JEFE DE ENFERMERIA EMPRESA HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

(N: Normal/ A: Anormal)

	N	A
Audiometria	X	
Opto/ Visión/ Tam Vis	X	
Psicologia	X	
Espirometria		

Examenes de Laboratorio	N	A	Descripción

Examenes de Laboratorio	N	A	Descripción

RESULTADO DE VALORACION MEDICA - EXAMEN DE INGRESO

APTA PARA EL CARGO [X] SIN PATOLOGIA APARENTE [X] CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LABOR [ ]

APTO CON RESTRICCION [ ] MOTIVO:

APLAZADO [ ] MOTIVO:

NO APTO PARA ESTE CARGO [ ] MOTIVO:

RESULTADO DE VALORACION MEDICA - EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [X] NO [ ] SE SUGIERE REUBICACION LABORAL TEMPORAL [ ] PERMANENTE [ ]

OTROS

PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS SI [X] [ ] REINCORPORACION SIN RESTRICCION [ ] REINCORPORACION CON RESTRICCION PARA EL CARGO [ ]

RESULTADOS DE VALORACION MEDICA - EXAMEN DE EGRESO

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [X] CUAL:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- REMISION A EPS [ ]
- CONTINUAR MANEJO MEDICO [ ]
- REMISION A ARL [ ]
- SEGUIMIENTO DE CASO POR ARL [ ]
- CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL [ ]
- TAMIZAJE PROSTATICO [ ]
- ESQUEMA DE VACUNACIÓN (ADULTO) [ ]
- CONTROL AUDIOLÓGICO PERIÓDICO [ ]
- CONTROL ANUAL OPTOMETRICO [ ]
- CONTROL ODONTOLÓGICO PERIÓDICO [ ]

OCUPACIONALES

- USO DE EEP [X]
- HIGIENE POSTURAL [X]
- PAUSAS ACTIVAS C/45 min. [X]
- DISTRIBUCION DE FUERZAS Y CARGAS [X]

INGRESO A SVE

- SVE. ERGONÓMICO [ ]
- SVE. RUIDO [ ]
- SVE. BIOLÓGICO [ ]
- SVE. RADIACIÓN IONIZANTES [ ]
- SVE. PSICOLABORAL [ ]
- SVE. CARDIOVASCULAR - METABÓLICO [ ]

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- INICIO DE ACTIVIDAD FISICA [ ]
- DEJAR DE FUMAR [ ]
- REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL [ ]
- CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO [ ]

OBSERVACIONES

AL EXAMEN DE INGRESO NO PRESENTA LIMITACIONES FISICAS NI PATOLOGICAS QUE LE IMPIDAN REALIZAR SUS LABORES,PRESENTA BUENAS CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL,SIN EMBARGO SE RECOMIENDA PAUSAS ACTIVAS / HIGIENE VISUAL, AUDITIVA Y POSTURAL / UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL / ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / NO EXCEDER LA JORNADA LABORAL.

CONCEPTO DE APTITUD

APTO SIN RESTRICCION

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE DE ACUERDO A LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR, LA CUAL ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SU MANEJO ESTA REGULADO POR LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007; 1715 DE 2005 Y 1918 DE 1995 DEL MPS. EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES RESOLUCION 2346, Art. 4: "El médico debe respetar la reserva de la Historia Clínica Ocupacional y solo remitira al empleador el CERTIFICADO MEDICO..."

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Dr. Raul C. Castillo C.
Medico Laboral
Esp. Salud Ocupacional
R.M. 2527/2010

DR. RAUL HERNANDO CASTILLO CRUZ				NOMBRE DEL PACIENTE	LUZ DAIRY	CUTA HURTADO
REGISTRO MEDICO N°	2527/2010	LICENCIA S.O.	25-3207/2016	CEDULA N°	1.010.193.704	BOGOTA

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ DARY CUTA HURTADO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.010.193.704

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintiun (21) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

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

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

48378673 - 21/11/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001559588CC1010193704C.

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Matricula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015
Grupo Especilizado de Rescate y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Luz Dary Cuta Hurtado

Identificado(a) con N° de Documento.

CC: 1.010.193.704

Asistio al curso correspondiente a:

SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una duración de 48 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Dsines Rosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Miracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 11 dias de mes de Diciembre de 2018.
Vigencia hasta el dia 11 del mes de Diciembre de 2020

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

Scanned with CamScanner

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:	2018-12-13	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA D.C

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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		
CUTA	HURTADO	LUZ	DARY		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1010193704	BOGOTA	22-oct.-08
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
10-oct.-90	GAMEZA (BOYACA)	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)		-	3232080430

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 68D 40-53 SUR TO 1 AP 908	BOGOTA	BOGOTA D.C	COLOMBIA	3232080430

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

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		
SOCIO	CONTRATISTA x	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	CUAL:	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI		SI	NO x	8692
	NO x		ICA	SI NO x	PRINCIPAL: x 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-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI (X) NO ( )	SI ( ) NO (X)	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE- HOSPITAL SANTA CLARA

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT	
GOBIERNO ( ) SERVICIOS (X) SALUD ( )		# NIT	900959051-1

EXPORTACIONES ( ) AGRICOLA ( ) ENERGETICA ( ) FINANCIERA ( ) TRANSPORTE ( ) TECNOLOGIA ( ) ALIMENTOS ( ) MEDICAMENTOS ( )
OTRA ( ) CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
KR 14B 1 -45 SUR	3282828	BOGOTA	BOGOTA D.C	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERA PROFESIONAL	FECHA VINCULACION	

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	$ 2,800,000	GASTOS FAMILIARES		AHORROS	$ 3,000,000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 300,000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 4,000,000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 800,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 2,800,000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1,100,000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 3,000,000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 4,000,000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	TRANSPORTE- TAJETA CREDITO- GASTOOS PERSONES		

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
CARRERO	**VANEGAS**	**HERNAN**	**DAVID**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KR 14A 74C-28 SUR	**BOGOTA**	**NOVIO**	**3118884589**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCODDE BOGOTA	**AHORROS**	**580095404**	**CAQUEZA**	**5810550**

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ( ) NO (X)

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.):

PROFESION: ENFERMERA PROFESIONAL

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 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 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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los 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 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 comerciale 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 - 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, 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 , estadisticas, 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 seleoción 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 Titulo 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 consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre 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 varlaft@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

Luz Dary Cota Hurtado

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:		

Scanned with CamScanner

NUEVA EPS S.A

Certifica

010 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia

CC 1010193704 LUZ DARY CUTA HURTADO

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	4		
Fecha Afiliación	01/06/2016	**Estado Cotizante**	ACTIVO
Fecha Ultimo Periodo Cotizado	01/10/2018	**Causal**	ACTIVO4
Fecha Cancelación	00/00/0000		

Beneficiarios

La presente certificación se expide el día 13 de Diciembre de 2018 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

GINA PAOLA ABRIL HURTADO

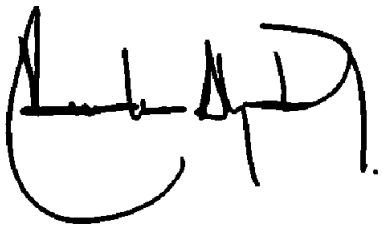
INFORMACION CALL CENTER

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUZ DARY CUTA HURTADO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,010,193,704**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1010193704	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Luz	Dary	Cuta	Hurtado

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
10/10/90	Gamezá Boyaca	Kr 68D 40-53 Sur T1 908	3232080430

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Nueva EPS	Porvenir	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Correo Electrónico	Celular
Cutahurtado@6.mail.com	3232080430

Luz Dary Cuta Hurtado
Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.431.204 Bta
Enfermera P.U.S.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52 431.204

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned with CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119147067

WEB
22:39:26

Bogotá DC, 12 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ DARY CUTA HURTADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010193704:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
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 CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 22:44:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1010193704
Código de Verificación	1010193704181212224423

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2607908

Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 22:42 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIEZ MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUATRO**

1010193704

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.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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: 12_N2NN_4222
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 22:47:42 horas del 12/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1010193704**
Apellidos y Nombres: **CUTA HURTADO LUZ DARY**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona LUZ DARY CUTA HURTADO identificado(a) con CC 1010193704 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 580095404 desde el 05 de septiembre de 2016, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 12 de diciembre de 2018, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

Scanned with CamScanner