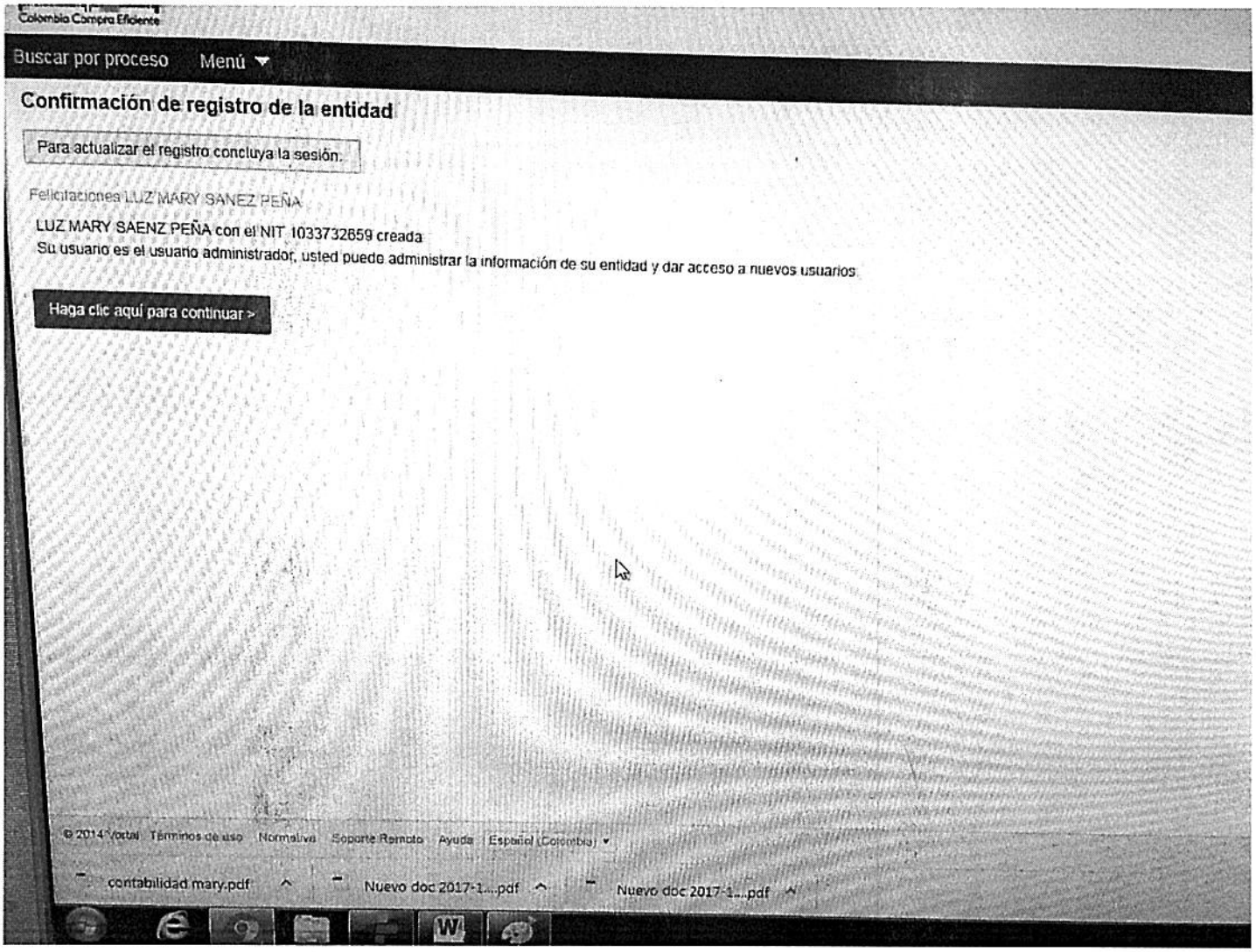
Colombia Compra Eficiente
Buscar por proceso
Menú
Confirmación de registro de la entidad
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones LUZ MARY SAENZ PEÑA
LUZ MARY SAENZ PEÑA con el NIT 1033732659 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Portal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
contabilidad mary.pdf
Nuevo doc 2017-1....pdf
Nuevo doc 2017-1....pdf

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: 19-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SAENZ	PEÑA	LUZ MARY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033732659

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES ENE AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 4 ESTE # 56-72 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5687951

EMAIL marysaenz_21@hotmail.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 ACADÉMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2012
										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*
TC	3	X		TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	6	2014	1033732659

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: 19-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: subred intergrada de servicios de salud centro oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 5961020	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 4 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERiA	*DEPENDENCIA*: SALA DE PARTOS	*DIRECCIÓN*: CRA 4 ESTE No. 56 72 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL LA VICTORIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 14 MES 3 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 4 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERiA	*DEPENDENCIA*: SALA DE PARTO	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 39 SUR No. 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SALUD HOUSE SAS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: talentohumano@aludhouse.com	
TELÉFONOS: 5204377	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 8 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 27 MES 2 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: ENFERMERA DOMICILIARIA	*DIRECCIÓN*: CALLE 132 47 08 PISO 2	

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: 19-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 SALUD HOUSE	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* talentohumano@aludhouse.com	
TELÉFONOS 5204377	*FECHA DE INGRESO* DIA 15 MES 6 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO* DIA 27 MES 2 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ENFERMERiA	*DEPENDENCIA* ENFERMERiA A DOMICILIO	*DIRECCIÓN* CALLE 132 47 08 PISO 2	

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	2	4
PRIVADO	1	2
PARTICULAR	1	8
TOTAL	4	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogota 18-12-18

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Mary Saenz

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-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

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: 20-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ MARY SAENZ PEÑA
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1033732659 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CARRERA 4 ESTE # 56-72 SUR **Teléfonos** 3209095047 5687951

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
PAULA DANIELA GARZON SAENZ	1033719404	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.415.200,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.415.200,00

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
COLPATRIA	AHORROS	4622004410	RESTREPO	$ 0,00

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

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

Mary Saenz

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 20-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La Escuela de Salud

"San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de la Protección Social según Acuerdo No. 04 de Noviembre 30 de 1993, No. 118 de Diciembre 23 de 2008 y las Resoluciones No. 1585 de Abril de 1994, No. 028 de Septiembre 03 de 1998, No. 5069 de Diciembre 17 de 2007, No. 15-083 de Febrero 11 de 2010, No. 15-020 de Abril 01 de 2011 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Teniendo en cuenta que:

Luz Mary Páez Peña

Identificada(o) con C.C. 1.033.732.659 de Bogotá, D.C.

Ha terminado satisfactoriamente los estudios y cumplió con las exigencias legales del programa

Técnico Laboral por Competencias en:

Auxiliar en Enfermería

Le confiere el presente certificado con Aptitud Ocupacional

Director

Secretario

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Fundación Educación para La Vida

FUNDESCO

Aprobada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
según Resolución No 04-0040 del julio 15 de 2010
Hasta nueva orden de conformidad con la Ley 115 de 1.994 y
decreto reglamenrario 3011 de 1997
Jornada Noche

Confiere a:

Luz Mary Saenz Peña

Identificado(a) con C.C No. 1,033,732,659 de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media (Artículo 28 Ley 115 de 1994); mediante el Sistema de Ciclos Lectivos Especiales Integrados (Decreto 3011 de 1997) según los planes y programas vigentes.

FUNDESCO
Jimmy Ortiz Jiménez
C.C. No. 19.302.200 de Bogotá
Rector

FUNDESCO
Leslie Gonzáles Martínez
C.C. 52.829.024 de Bogotá
Secretaria

Anotado al Folio 12 del Libro para Control en el Plantel No. 01

Dado en Bogotá, D.C. a los 14 Días de Diciembre de 2012

"No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de grado No.6

Fundación Educación para La Vida

FUNDESCO

Aprobada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. según Resolución No 04-0040 del julio 15 de 2010 Hasta nueva orden de conformidad con la Ley 115 de 1.994 y decreto reglamenrario 3011 de 1997 Jornada Noche

En la ciudad de Bogotá D.C., a los catorce días del mes de Diciembre de 2012, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último ciclo, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la FUNDACIÓN "EDUCACIÓN PARA LA VIDA" FUNDESCO, Institución aprobada hasta nueva visita en el NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, según resolución No 04-0040 del 15 de julio de 2.010, Jornada Noche.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de EDUCACION MEDIA.

Se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO , a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

Luz Mary Saenz Peña
Identificado (a) con C.C No. 1,033,732,659 de Bogotá

Esta acta consta de 34 estudiantes graduandos comienza con el nombre de ACHURY BARRETO JOAN CAMILO y termina con el nombre de VERGARA ROJAS JHON ESTEBAN.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7 del Decreto 180 de 1981,

FUNDESCO
EDUCACIÓN PARA LA VIDA
DIRECTOR

Jimmy Ortiz Jiménez
C.C. No. 19.302.200 de Bogotá
Rector

FUNDESCO
EDUCACIÓN PARA LA VIDA
SECRETARIA

Leslie Gonzalez Martinez
C.C. 52.829.034 de Bogotá
Secretaria

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de la Protección Social según Acuerdo No. 04 de Noviembre 30 de 1993, No. 118 de Diciembre 23 de 2008 y las Resoluciones No. 1535 de Abril 14 de 1994, No. 028 de Septiembre 03 de 1998. No. 5069 de Diciembre 17 de 2007, No. 15-083 de Febrero 11 de 2010, No. 15-020 de Abril 01 de 2011, de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá D.C., a los (21) días del mes de Junio del año 2014 se reunieron con fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos del programa **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, los alumnos, la directora y el secretario en la Dirección de la **ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER SEDE SAN ANTONIO**, institución aprobada por el Ministerio de la Protección Social mediante acuerdo ejecutivo Nº 04 de Noviembre 30 de 1993 Acuerdo ejecutivo No. 118 de Diciembre 23 de 2008, por la secretaria de Educación del Distrito Capital según Resolución No. 1535 del 14 de Abril de 1994, Resolución Nº 5069 del 17 de Diciembre de 2007, Resolución 15-083 de Febrero 11 de 2010, 15-020 de Abril 1 de 2011 y autorizada para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL**.

Verificada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería, se procedió a otorgar el Certificado de Aptitud Ocupacional, a los graduandos, cuyos nombres, apellidos y documento de identificación se relacionan a continuación:

LUZ MARY SAENZ PEÑA
C.C. NO. 1.033.732.659 DE BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada del acta original Nº 39 de fecha 21de Junio del año 2014 que comienza con el nombre **MARIA DEL PILAR AGUDELO JARAMILLO** y se cierra con el nombre **YULI VIVIANA YATE DUCUARA.**

Firmado y sellado por **MARIA PATRICIA LOPEZ ROBAYO** (Directora) y por **JAIRO HERNAN FRANCO ROA** (Secretario).

Dado en Bogotá D.C. a los veintiún (21) días del mes de Junio de 2014.

MARÍA PATRICIA LOPEZ ROBAYO
C.C. 40.367.583 de Villavicencio
Directora

JAIRO HERNAN FRANCO ROA
C.C. 6.775.783 de Tunja
Secretario

Registrado en el Libro No. 03 anotado al Folio No. 47

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No. 4571 del 24 de Mayo de 1977 M.E.N.

PROGRAMAS DE EXTENSIÓN Y EDUCACION CONTINUADA

SE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA A:

Luz Mary Sáenz Peña

Identificado Con: C.C No 1.033.732.659

Por su participación en el Diplomado :

MANEJO DE ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS

Con una duración de 120 Horas

Fecha de Inicio **SEPTIEMBRE 03** de **2016** Fecha de Finalización **MAYO 20** de **2017**

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá a los **13** días del mes de **JULIO** de **2017**

MARTHA YOLANDA RUIZ V.
Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

ALEJANDRA SALCEDO M
Decana Facultad de Medicina

MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
Secretaria General

Elaboró _____

No. **0067**

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

"Una Contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"

Aprobada por el Ministerio de la Protección Social Según Acuerdo 04 de Noviembre 30 de 1993 y 118 de Diciembre 23 de 2008 y Resolución 1535 de Abril 14de 1994, 5069 del 17 de Diciembre de 2007, 15-083 de Febrero 11 de 2010, 15-020 de Abril 1 de 2011 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital

Certifica que:

LUZ MARY SAENZ PEÑA

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.033.732.659 de BOGOTA D.C.

Aprobó el:

CURSO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR -RCP

Con una intensidad de cuarenta (40) horas

Se firma en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de junio de 2014.

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"
RECTORIA

Director

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

"Una Contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"
Aprobada por el Ministerio de la Protección Social Según Acuerdo 04 de Noviembre 30 de 1993 y 118 de Diciembre 23 de 2008 y Resolución 1535 de Abril 14de 1994, 5069 del 17 de Diciembre de 2007, 15-083 de Febrero 11 de 2010, 15-020 de Abril 1 de 2011 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital

Certifica que:

LUZ MARY SAENZ PEÑA

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.033.732.659 de BOGOTA D.C.

Aprobó el:

CURSO DE CODIGO ROJO SALA DE PARTO

Con una intensidad de cuarenta (40) horas

Se firma en Bogotá D.C a los 12 días del mes de Diciembre de 2013

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" SECRETARIA DE EDUCACION

Director

La República de Colombia
El Ministerio de la Protección Social
y en su nombre
La Escuela de Salud

"San Pedro Claver"

"Una Contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"

Aprobada por el Ministerio de la Protección Social Según Acuerdo 04 de Noviembre 30 de 1993 y 118 de Diciembre 23 de 2008
y Resolución 1535 de Abril 14 de 1994, 5069 del 17 de Diciembre de 2007, 15-083 de Febrero 11 de 2010, 15-020 de Abril 1 de 2011 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital

CERTIFICA

Que: **LUZ MARY SAENZ PEÑA**

Identificado (a) con la C.C. No. 1.033.732.659 *de* Bogota D.C

Asistió satisfactoriamente al **Diplomado**

Atención Prehospitalaria - APH

Cursado en Bogotá, del 5 al 12 de Junio de 2013

Director

Anotado al libro de Registro 01 Folio _____ Bogotá, 14 de junio de 2013

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

UNA CONTRIBICIÓN A LA SALUD Y BIENESTAR DEL PUEBLO COLOMBIANO

APROBADA POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL Y SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA

HACE CONSTAR QUE:

LUZ MARY SAENZ PEÑA

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.033.732.659 de BOGOTA D.C.

DENTRO DEL PROGRAMA TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA POR COMPETENCIAS, ASISTIÓ AL CURSO DE CAPACITACION ESPECIFICA EN EL AREA

AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO

Con una Intensidad de 160 horas.

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" BOGOTA

Director

Bogotá D.C. a los 21 días del mes de Junio de 2014.

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Salud San Pedro Claver

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Luz Mary Saenz Peña 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:

Tecnico Auxiliar de enfermeria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Mary Saenz

No. de documento: 1033732659

Tarjeta profesional No: 1033732659

Dirección de contacto: Cra 4 este # 56-72 Sur

Teléfono: 3209095047

SALUD HOUSE S.A.S
NIT. 900528209-4

SALUD HOUSE SAS
NIT 900.528.209-4

CERTIFICA

Que el (a) señor (a) **LUZ MARY SAENZ PEÑA** identificado (a) con cédula de ciudadanía **N° 1.033.732.659 de Bogotá (Cundinamarca),** estuvo vinculado a nuestra compañía bajo contrato de prestación de servicios, desempeñando labor como AUXILIAR DE ENFERMERIA, desde el día quince (15) de agosto de dos mil catorce (2014) hasta el día veintisiete (27) de febrero de dos mil quince (2015).

Para información adicional por favor comuníquese a nuestras oficinas en Bogotá DC

Se expide a solicitud del interesado el día veintisiete (27) de febrero de dos mil quince (2015).

Cordialmente,

FERNANDO ZARATE HERNANDEZ
Gerente General
SALUD HOUSE SA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.732.659**

SAENZ PEÑA

APELLIDOS

LUZ MARY

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ENE-1991**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-ABR-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00280839-F-1033732659-20110214 0025803370A 1 1331185213

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUT

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14356006898

(415)7707212489981(8020) 000001435600689 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 3 3 7 3 2 6 5 9 — 5

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 1 0 3 3 7 3 2 6 5 9

27. Fecha expedición: 2 0 0 9 0 4 3 0

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

31. Primer apellido: SAENZ

32. Segundo apellido: PEÑA

33. Primer nombre: LUZ

34. Otros nombres: MARY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

41. Dirección principal: CR 4 ESTE 56 72 BRR DANUBIO AZUL

42. Correo electrónico: marysaenz_21@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 5 6 8 7 9 5 1

45. Teléfono 2: 3 1 0 7 6 7 5 8 0 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código: 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 0 8 0 6	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Codigo. 1:	2:	51. Código	52. Número establecimientos

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	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

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 [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 5 1 1 0 6

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 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

964. Nombre: SAENZ PEÑA LUZ MARY

965. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CONTROLADA SIN VALIDEZ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 12-07-2016
Hora: 9:37:42 AM

ONTRIBUYENTE CC 1033732659 LUZ MARY SAENZ PEÑA

formación General

rección KR 4 ESTE 56 72 SUR

léfonos 3107675808

ección electrónica

ormación de Registro

cha Inscripción 06/11/2015

porte Inscripción 17884536

cha Inicio Actividades 06/08/2013

cha Cese Actividades

cha de Informe del Cese

stablecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86021-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: 16000942401

Fuente ICA TE TOCA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

LUZ MARY
SAENZ PEÑA
C.C. 103[illegible]

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 19/08/2014

IDentico S.A.S

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 8559 *de* 01/08/2014

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SAENZ PEÑA LUZ MARY Identificado(a) con CC número 1033732659 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 21/06/2014.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a SAENZ PEÑA LUZ MARY identificado(a) con CC número 1033732659 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 01/08/2014

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Reviso : Esperanza Fraile G.
Elaboro : Victor Sánchez

Bogotá, D.C 19-Agosto-2014
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Luz Mary Saenz
CC. # 1033 732 659
Firma Mary Saenz

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 * 1033732659

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2018-12-20→2:05:39 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1033732659	LUZ	MARY	SAENZ	PENA	Ver

Información Detallada [CC: 1033732659] LUZ MARY SAENZ PENA

2018-12-20→2:05:39 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2014/8/01	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 N° 45 A-18 La Castellana
Tel: (1) 257 2811 - 257 2815
Fax: 616 5051 Bogotá, D.C.
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogota Fecha 10/08/2016
Nombre Luz Mary Saenz
Identificación 1033732659
Fecha de nacimiento 21/01/1991 Edad 25
Cargo auxiliar de enfermería
Género MASCULINO ___ FEMENINO X
Empresa Hospital la Victoria
Empresa usuaria

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ OTRO ___

CONCEPTO

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

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen medico Satisfactorio
VISIOMETRÍA
AUDIOMETRÍA
ESPIROMETRÍA
EXAMENES PARACLINICOS
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Higiene postural, pausas activas, lubricación cuidado de cabello, uñas y piel de pies

Médico Dr. Camilo Rey Pérez
Medico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
C.C. R.M. 14858

Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114308
Licencia en S.O. 17858

Paciente Mary Saenz

Firma del paciente
Nombre Luz Mary Saenz Perez
Cedula 1033732659

Certificación

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

CERTIFICA A:

LUZ MARY SAENZ PEÑA

C.C. 1033732659

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

El presente se expide a los **Cuatro (4) días del mes de diciembre de 2018**

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

Mónica Adriana Pérez Bonilla
Director Operativo – Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Luz Mary Saenz Peña

C.C 1.033.732.659 de Bogotá

ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL BÁSICO

BLS

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267

DADO A LOS 15 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2018,
CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 1 FOLIO 0551

Sede administrativa Calle 8 A # 72A - 32 Barrio Castilla
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639
sabersaludse@gmail.com

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:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
18-12-18	Bogota	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
Saenz	Peña	Luz	Mary

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1033732659	Bogota	30 Abril 2009
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
21 01 1991	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	UNO	1	3209095047

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 4 este # 56-72 Sur	Bogota	Cundinamarca	Colombia	5687951

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Mary212422@Gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. 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 ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8692
		ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					# NIT
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒		900959057-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diag 39 Sur 3-20 este	3725610	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL:	Auxiliar de Enfermeria		FECHA VINCULACION	14-03-2015

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1.400.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1526.600	ARRIENDOS	—	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1526.600	TOTAL EGRESOS	1.400.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Julian	Albeiro	Torres	Garcia
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
calle 43# 12-21 Sur	Bogota	Amigo	3003700872

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Colpatria	Cuenta de ahorros	4622004410	Pestreo	3209095047

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.):

Auxiliar Enfermería

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.

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal 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 sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS 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 informnación 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

Mary Saenz

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:			

medimás EPS

Certificación de Afiliación Cotizante

El señor(a) LUZ MARY SAENZ PEÑA identificado(a) con Cedula Ciudadania número 1033732659
presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante:	LUZ MARY SAENZ PEÑA		
Número de identificación:	1033732659	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	13/12/2018	Fecha de retiro:	
Estado actual cotizante:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo cotizante:	Independiente		
Dirección actual de residencia:	cra 4 este 56 72	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	7730517	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón social aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
1033732659	Luz Mary Saenz Peña	01/11/2018	

Información de los beneficiarios:

Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
1033719404	TI	PAULA DANIELA GARZON SAENZ	13/12/2018	VIGENTES		HIJO

se firma y expide en Bogotá a los 18 del mes de Diciembre de 2018 , a solicitud del interesado

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro:

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUZ MARY SAENZ PENA identificado(a) con C.C No. 1.033.732.659, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

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

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

LUZ MARY SAENZ PEÑA
C.C.1033732659

/

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 31 (treinta y uno) días del mes de agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1033732659	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Luz	Mary	Saenz	Pena
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

21 01 1991	Bogota	Cra 4 este #56-72 sur	5687951
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Medimas	Colpensiones	$ 1524600
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de enfermeria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Mary212422@6mail.com	3209095047
Correo Electrónico	Celular

Mary Saenz.	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119335520

WEB
17:11:34

Bogotá DC, 17 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 MARY SAENZ PEÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033732659:

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 lunes 17 de diciembre de 2018, a las 16:33:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033732659
Código de Verificación	1033732659181217163308

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2618681

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 16:34 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 TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE**

1033732659

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_RTT34_3316
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 16:32:16 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1033732659**
Apellidos y Nombres: **SAENZ PEÑA LUZ MARY**

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

Vti
INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

BANCO COLPATRIA
MULTIBANCA COLPATRIA S.A. (019)

Vivimos lo mismo que tú.

COLPATRIA MULTIBANCA del grupo Scotiabank

NIT 860034594-1

OFICINA RESTREPO (073)

CERTIFICA QUE:

La señora **LUZ MARY SAENZ PEÑA** identificada con cedula de ciudadanía número **1033732659** se encuentra vinculada a esta entidad a través de la cuenta ahorros **4622004410** la cual se encuentra vigente y activa con fecha de apertura de 20 de agosto del 2014

La cuenta ha cumplido con las normas establecidas por el Banco.

La presente se expide a solicitud del interesado, a los 28 días del mes de noviembre del 2017.

Cordialmente,

Juan carlos hoyos

Gerente Comercial
Oficina Restrepo

Tels: 3846996 ext. 9376

Multilínea
Bogotá 7561616
Cali 4891616
Medellín 6041616
Barranquilla 3851616
Ibagué 2771616
Pereira 3401616
Cartagena 6931616
Neiva 8631616
Bucaramanga: 6971616
Resto del País
01 8000 522 222

INGRESA EN:
www.colpatria.com

ENCUÉNTRANOS EN
MÁS DE 175
oficinas por todo el país.

Multibanca Colpatria

@Colpatria