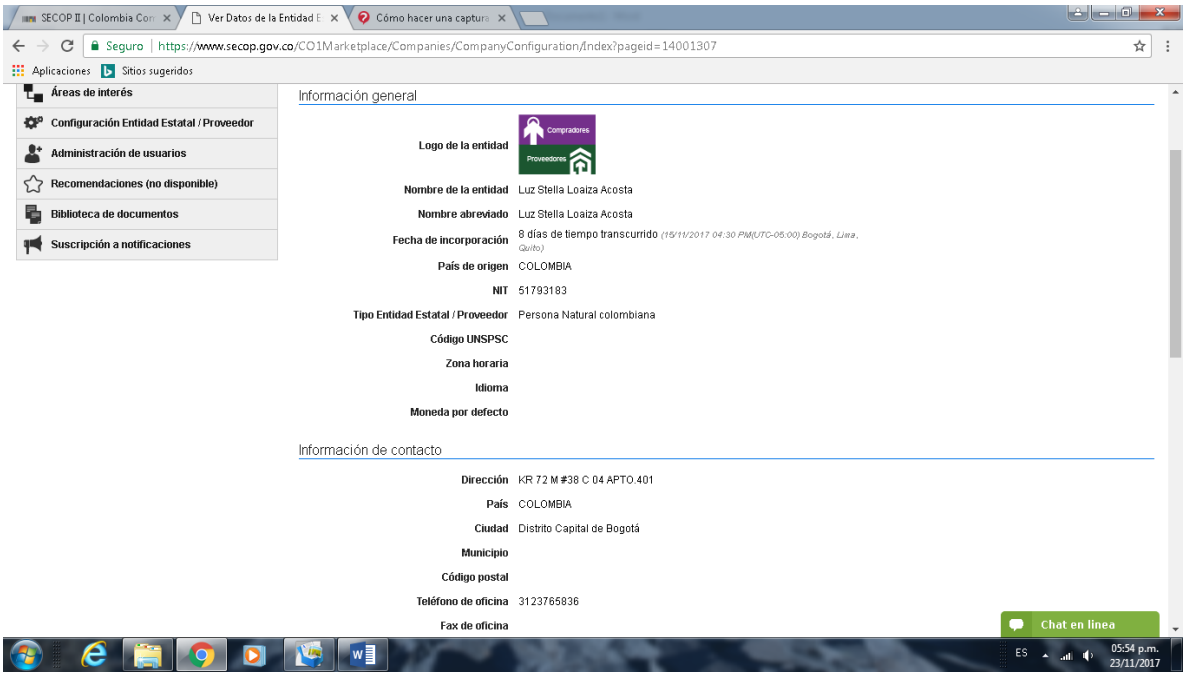

SECOP II | Colombia Con
Ver Datos de la Entidad E
Cómo hacer una captura
Seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?pageid=14001307
Aplicaciones
Sitios sugeridos
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Información general
Logo de la entidad
Compradores
Proveedores
Nombre de la entidad Luz Stella Loaiza Acosta
Nombre abreviado Luz Stella Loaiza Acosta
Fecha de incorporación 8 días de tiempo transcurrido (15/11/2017 04:30 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
País de origen COLOMBIA
NIT 51793183
Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana
Código UNSPSC
Zona horaria
Idioma
Moneda por defecto
Información de contacto
Dirección KR 72 M #38 C 04 APTO 401
País COLOMBIA
Ciudad Distrito Capital de Bogotá
Municipio
Código postal
Teléfono de oficina 3123765836
Fax de oficina
Chat en línea
ES
05:54 p.m.
23/11/2017

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*
LOAIZA	ACOSTA	LUZ STELLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51793183

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES AGO AÑO 1965

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA72M38C04SUR apto 401

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4684441

EMAIL cata06negrita@yahoo.es

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* BACHILLERCOMERCIALCONTABILIDAD
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1984
										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	2	X		SIN REGISTRAR	4	2000	51793183
TL	6	X		TECNOLOGOENTERAPIARESPIRATORIA	6	1992	51793183

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
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
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: subred integrada de servicios de salud centro oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3282828	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 1 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: terapeuta respiratoria	*DEPENDENCIA*: apoyo teurapeutico y rehbilitacion	*DIRECCIÓN*: dg 34# 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL BOSA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7774038	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: terapeuta respiratoria	*DEPENDENCIA*: HOSPITALIZACIÓN	*DIRECCIÓN*: CLLE 65DSUR No 79C-90 BOSA CENTRO	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Bosa II nivel	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 3753569	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 9 MES 1 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: terapeuta respiratoria	*DEPENDENCIA*: hospitalizacion	*DIRECCIÓN*: Calle 9 No. 39 - 46	

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 Militar Central	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: cata06negrita@yahoo.es
TELÉFONOS: 3486868	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 10 AÑO 2008		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO: Terapeuta Respiratoria UCI	*DEPENDENCIA*: Neumologia		*DIRECCIÓN*: Tv.3a. No.49 00

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SANTA CLARA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 3283105	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 10 AÑO 2006		*FECHA DE RETIRO*: DIA 9 MES 1 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO: terapeuta respiratoria	*DEPENDENCIA*: UFEN HOSPITALIZACION		*DIRECCIÓN*: CRA 14 B #1-45 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Cooprehabilitar LTDA Hospital Militar Central	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 25 MES 8 AÑO 2005		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO: Terapeuta Respiratoria Uci	*DEPENDENCIA*: Neumologia		*DIRECCIÓN*: Calle 63 No. 11 27 Oficina 211 A

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: Clinica Bogota S.A	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 1 AÑO 1999	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2004	
CARGO O CONTRATO: Terapeuta Respiratoria	*DEPENDENCIA*: Personal	*DIRECCIÓN*: Calle 13 No. 17 21	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Particular	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 1 AÑO 1996	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 1998	
CARGO O CONTRATO: Terapeuta Respiratoria	*DEPENDENCIA*: Domiciliario	*DIRECCIÓN*: Cra 72 M No. 38 C 04 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Clinica Bogota S.A	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 1 AÑO 1995	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 1995	
CARGO O CONTRATO: Terapeuta Respiratoria	*DEPENDENCIA*: Personal	*DIRECCIÓN*: Calle 13 No. 17 21	

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	12	2
PRIVADO	12	4

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

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	23	11

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 Stella Loaiza O

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Bogotá 17-12-2018

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 Actualizacion: 13-dic-2017

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ No. 51793183 , CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

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

Dirección CRA72M38C04SUR apto 401 **Teléfonos** 3123765836 3059024

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Catalina Aldana Loaiza	1001186056	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	$ 61.075.000,00
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	$ 61.075.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	468200015237	BOSA	$ 8.219.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	APARTAMENTO	$ 152.945.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
COLPATRIA	CREDITO CONSUMO	$ 11.000.000,00

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

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 Actualizacion 12-dic-2018

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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

Jose Stelk Jooyen A

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA "

FRANCISCO DE PAULA SANTANDE

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN DECRETOS Nos. 1962 DE 1.969, 1085 DE 1.971 Y RESOLUCIONES Nos. 130 DE 1.978 Y DE APROBACION No. 3192 DE 1.984

CONFIERE A

Luz Stella Loaiza Acosta

IDENTIFICADO CON C.C. No. 51.793.183 EXPEDIDA EN Bogotá

EL TITULO DE

BACHILLER COMERCIAL

CONTABILIDAD

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

FRANCISCO DE PAULA SANTANDER INEM

RECTOR

MINISTERIO DE EDUCACION NAL. INEM-FRANCISCO DE PAULA SANTANDER RECTORIA

SECRETARIO

MINISTERIO DE EDUCA INEM Francisco de P SECRETA

BOGOTA, D. E., 12 DE Diciembre DE 1.984

ANOTADO AL FOLIO 39-L LIBRO DE REGISTRO NO. 85

SECRETARIO DE EDUCACION

DADO EN BOGOTA, D. E., A 7 DE octubre DE 1.9

República de Colombia

LA

FUNDACION TECNOLOGICA DEL AREA ANDINA

Debidamente Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución de Aprobación del ICFES No. 3835 de Dic. 27 de 1991

Teniendo en cuenta que:

Luz Stella Loaiza Acosta

C.C. 51.793.183 de Bogotá D.E.

Aprobó los Estudios Programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por los Reglamentos y la Ley, le Confiere el Título de:

Tecnólogo en Terapia Respiratoria

C05770

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que asi lo Acredita.

Santafé de Bogotá D.C. Junio 19 de 1992

El Rector

Director del Programa

Secretario General

Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá D.C.

Secretario de Educación

Anotado al Folio 23-2
del libro de Registro No. 92
Fecha 6 de Julio de 1992

15549
3976

República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No. 99915 del 9 de Diciembre de 1983

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

Luz Stella Loaiza Acosta

c.c. 51.793.183 de Bogotá, D. C.

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

Terapeuta Respiratorio

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Santa Fe de Bogotá, D.C. 26 de abril de 2000

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Rector

Secretaria General

Instituto Nacional de Educación Media "INEM"
"FRANCISCO DE PAULA SANTANDER"
Kennedy - Kennedy

República de Colombia

Conmutadores: 273 11 66
273 11 66
273 22 ..

Ministerio de Educación Nacional

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA
INEM "FRANCISCO DE PAULA SANTANDER"
KENNEDY - BOGOTA

Calle 38 C Sur No. 82 A 08
Teléfonos: 646508-735376

Inscripción Secretaría Educ. 1842
Inscripción Dane: 111001-20498

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Bogotá, D.E. a los doce (12) días del mes de diciembre de mil novecientos ochenta y cuatro (1984), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada INEM "Francisco de Paula Santander", Institución autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad C O N T A B I L I D A D, según Resolución No. 3192 del 9 de abril de 1984.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER C O M E R C I A L - C O N T A B I L I D A D, al graduando cuyos apellidos nombres y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

(151) LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA CC. 51.793.183 Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 06 de fecha 12 de diciembre de 1984, que consta de 518 alumnos que comienza con el nombre de AMBROSIO GONZALEZ JUAN MAXIMILIANO y se cierra con el nombre de VARGAS RIVERA PATRICIA firmada y sellada por NEIYER JAIRO CORREAL T. (Rector) y JOSE PIO AGUILERA P. (Secretario).

Dada en Bogotá, D.E. a los 15 días del mes de julio de 1985.

MINISTERIO DE EDUCACION NAL. INEM-FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

NEIYER J. CORREAL T.
Rector
C.C. No. 17.094.709 de Bogotá

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL SECRETARIO

JOSE PIO AGUILERA P.
Secretario
C.C. No. 2.501.227 de Buga

Nº 0773

El suscrito Secretario General de la FUNDACION TECNOLOGICA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA: Que en el Libro de Actas de la Fundación, a folios 49 a 52 *, se encuentra la siguiente Acta de Grado: ACTA DE GRADO No.* 021 ------- *.En Bogotá, D.E. a los* DIECINUEVE ---------- *(*19 *) días del mes de* JUNIO ---------- *de mil novecientos* NOVENTA Y DOS *(* 1992 *) siendo las* 2:30 ------ *de la* TARDE ------ *convocados por Resolución No.* 020 ---------- *se reunieron en* EL AUDITORIO DE LAS HERMANAS BETHLEMITAS ----------, *el Rector, Doctor* JOSE RICO LOPEZ ----------, *el Director del Programa de* TECNOLOGIA EN TERAPIA RESPIRATORIA *Doctor* JOSE CARDONA ARIAS ---------- *; el Secretario General de la Fundación, Doctor* GERARDO IVAN MOSQUERA ORDOÑEZ *para presidir y rubricar los grados de* TECNOLOGOS EN TERAPIA RESPIRATORIA *a los señores* .....LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA .... *identificados con las cédulas de ciudadanía Nos.* .....51.793.183 DE BOGOTA D.E. ..... *quienes cursaron y aprobaron todas las materias comprendidas en el pensum y presentaron* PRACTICAS HOSPITALARIAS ..... *cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa de* TECNOLOGIA EN TERAPIA RESPIRATORIA *y habiéndose hecho todos ellos merecedores a recibir el título mencionado, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según resolución de aprobación del ICFES No.* 3835 *de*DIC *de 1.9* 91. *Una vez leídos los documentos correspondientes, el Señor Rector tomó el juramento de rigor a los graduandos, quienes prometieron cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de* TECNOLOGO EN TERAPIA RESPIRATORIA ---------- *con las más exigentes pulcritud y moral profesionales. Previa entrega de los Diplomas, el Señor Rector presentó su saludo en nombre de la Fundación. Agotado el Orden del Día, la Sesión se dió por terminada y se firmó el Acta por quienes en esta ceremonia intervinieron.*

(Fdo.) DR. JOSE RICO LOPEZ *, Rector.*

(Fdo.) DR. JOSE CARDONA ARIAS *Director del Programa*

(Fdo.) DR. GERARDO IVAN MOSQUERA O. *Secretario General*

Es fiel copia tomada de su original, a los DIECINUEVE *días del mes de* JUNIO ------- *de mil novecientos* NOVENTA Y DOS *,(* 1992*).*

Secretario General DR. GERARDO IVAN MOSQUERA ORDOÑEZ

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA: Que en el libro de Actas de la Fundación, se encuentra el ACTA DE GRADO NO. 083 En Santa Fe de Bogotá D.C. a los veintiseis (26) días del mes de abril de dos mil (2000), siendo las cuatro (4:00) de la tarde convocados por Resolución No. 067 de abril 07, se reunieron en EL AUDITORIO DE LAS HERMANAS BETHLEMITAS, el Rector doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, el decano de la Facultad de TERAPIA RESPIRATORIA, doctor: JOSE CARDONA ARIAS, y la Secretaria General de la Fundación, doctora MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, para presidir la ceremonia de grado de : ***LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA*** *identificada con cédula de ciudadanía No.* ***51.793.183 Bogotá D.E.*** *quien cursó y aprobó todas las materias comprendidas en el pensum y presentó PRACTICAS HOSPITALARIAS, cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa de TERAPIA RESPIRATORIA y habiéndose hecho merecedor a recibir el título de:* ***TERAPEUTA RESPIRATORIO*** *el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, y por el Consejo Superior mediante Acuerdo No. 053 de mayo 12 de 1993. Previa entrega de los diplomas, se tomó el juramento de rigor al (los) graduando (s), quien (es) prometió (prometieron) cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Acto seguido, el señor Rector presentó su saludo en nombre de la Fundación. Agotado el Orden del Día, la Sesión se dio por terminada y se firmó el Acta por quienes en esta intervinieron. anotado en el libro de registro de grados, tomo 1, folio 97, 3496.*

(Fdo) PABLO OLIVEROS MARMOLEJO , Rector
(Fdo) JOSÉ CARDONA ARIAS , Decano Facultad de Terapia Respiratoria
(Fdo) MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Es copia tomado de su original, a los veintiseis (26) días del mes de abril de dos mil (2000).

MARIA JETZABEL HERRAN DUARTE
Secretaria General

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Luz Stella Loaiza Acosta*

Asistió al curso de

SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)

Con una intensidad de 100 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora

German Vicente Rozo Tobar
Enfermero Profesional
Registro 80866486

Ponente

Bogota, D.C. *Diciembre 05 de 2018*

La Unidad de Servicios de Salud
Santa Clara
"Subdirección Científica"

Certifica que:

LUZ STELLA LOAIZA

CC 51.793.183

Ha recibido inducción, capacitación y entrenamiento específico en la atención del paciente en el servicio de Unidad de Cuidado Crítico Adulto y Pediátrico.

Durante su permanencia en La Unidad ha alcanzado los objetivos y entrega que es requerida en el servicio de Unidad de Cuidado Intensivo Adultos y Pediátricos.

Para constancia se expide en Bogotá D.C. a los 30 días del mes de Noviembre de 2016.

MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
Líder Terapia Respiratoria
Unidad de Servicios de Salud Santa Clara

YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ
Subgerente de Servicios de Salud
Unidad de Servicios de Salud Santa Clara

Certificación

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

CERTIFICA A:

LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA

C.C. 51793183

Como asistente al

III CONGRESO DE APOYO TERAPÉUTICO Y REHABILITACIÓN
"UNA MIRADA DIFERENTE"

Con una intensidad horaria de 8 horas

El presente se expide a los **Veintiocho (28) días del mes de Septiembre de 2018**

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

María Juliana Araujo Oñate
Jefe de Oficina – Gestión del Conocimiento
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

María Esneda Rocha Gaona
Líder Apoyo Terapéutico y Rehabilitación
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 D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Bogotá, D.C

Señores

Fundacion Universitaria Area Andina

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

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

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

Profesional en terapia Respiratoria

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Luz Stella Lopez A.

No. de documento: 51793183

Tarjeta profesional No.: 51793183

Dirección de contacto: Cra 72 M N 38-04 Sur

Teléfono: 3123765836

Carrera 17 No. 12-81
Santafé de Bogotá, D. C.

CLINICA BOGOTA S. A.

NIT. 860.002.540-5

TELEFONOS:
Conmut. 341 06 48 al 54
y 282 32 81
Gerencia: 282 32 21
282 32 01

C O N S T A N C I A

EL SUSCRITO JEFE DE PERSONAL DE LA CLINICA BOGOTA S.A

H A C E C O N S T A R

Que la Señorita LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 51.793.183 de Bogotá, labora - en esta Institución como FISIOTERAPEUTA, desde el 1 de Enero de 1995, demostrando buen sentido de responsabilidad en el desempeño de su cargo.

La anterior se expide a solicitud de la interesada para los fines del caso en Santafé de Bogotá D.C., a los 24 días del mes de Octubre de Mil Novecientos Noventa y Cinco (1995).

Atentamente,

Clínica Bogotá, S. A

JULIO HERNAN RESTREPO M.
Jefe de personal

Bogotá, D.C. Zona Norte

CLINICA BOGOTA S.A.

NIT. 860.002.540-5

CONSTANCIA

EL SUSCRITO JEFE DE PERSONAL DE LA CLINICA BOGOTA S.A.

HACE CONSTAR

Que la señora STELLA LOAIZA ACOSTA, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 51'793.183 de Bogotá, laboró en esta Institución como Terapeuta Respiratoria, en las diferentes áreas (Consulta Externa, Unidad de Cuidados Intentivos, pisos, etc.), desde el 1o. de Enero de 1999 hasta el 31 de Diciembre del 2004, en desarrollo de diferentes contratos de trabajo a término fijo de un año, habiendo demostrado buen sentido de responsabilidad, seriedad, cumplimiento e idoneidad en su cargo.

La anterior se expide a solicitud del interesada para efectos de empleo, en Bogotá, D.C., a los 31 días del mes de Diciembre del/2004.

Atentamente,

JULIO HERNAN RESTREPO M.
Jefe de Personal

Bogotá, D.C. Agosto 8 de 2006

CoopRehabilitar ltda.
Cooperativa de Trabajo Asociado
Nit. 08330080429

CIRCULAR

DE: GERENCIA

PARA: TRABAJADORES ASOCIADOS HOSPITAL MILITAR

En aras de poder brindarles un servicio ágil y oportuno respecto al pago de sus compensaciones, solicito a ustedes hacer entrega con la coordinadora FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA AMPLIADA AL 150 con los siguientes datos:

- Dirección de residencia
- Número Telefónico
- 1 Referencia Familiar con número telefónico
- 1 Referencia Personal con número telefónico
- Si es soltero o casado

Esto con el fin de poder abrir cuenta de ahorros en el banco BBVA para el manejo de sus compensaciones. La fecha límite de entrega será el viernes 11 de Agosto de 2006 antes de la 1:00 p.m. con la coordinadora.

Esta información será enviada directamente al banco el viernes 11 de Agosto de 2006 en las horas de la tarde donde inmediatamente se habilitarán sus cuentas y posterior a esto recibirán la visita de los representantes del banco para la entrega de la tarjeta y la recolección de firmas.

Agradezco a ustedes la colaboración para adelantar este trámite administrativo el cual estoy seguro redundara en un beneficio para todos.

Cordialmente,

GIOVANE MENDIETA IZQUIERDO
GERENTE

Calle 63 No. 11-27 Oficina 211 A. Chapinero. - Bogotá D.C. Colombia -
Telefax: 2- 49 31 58 E-mail: cooprehabilitar_84@hotmail.com

CERTIFICACIÓN

La suscrita gerente y representante legal de la Cooperativa de Trabajo Asociado COOPREHABILITAR con NIT: 830088042, se permite certificar que la Dra LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.793.183 es asociado de nuestra organización cooperativa desde el día veinticuatro (24) de agosto del dos mil cinco (2005) hasta la fecha.

Desempeñando el cargo de Terapeuta Respiratoria en las instalaciones del Hospital Militar Central

La presente se expide a los dieciséis (16) días del mes de agosto de dos mil siete (2007).

CoopRehabilitar ltda
Cooperativa deTrabajo Asociado
¡ Un apoyo integral !!!

MARCELA GONZÁLEZ SANDOVAL
Gerente

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD GESTION CONTRATOS

CERTIFICA QUE:

La Señora **LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA** Identificada con C. C. No. 51.793.183 Bogotá, domiciliada en la Carrera 72 M No 38 C 04 Sur Teléfono 265 48 00, suscribió las siguientes ordenes de prestación de servicios, así:

Número	:	0590/2008 OPS
Fecha de suscripción	:	01-MAR-2008
Fecha de iniciación y ejecución	:	01-MAR-2008 al 30-ABR-2008
Valor Contrato		$3'000.000,oo
Objeto		Prestación de Servicios como Terapeuta Respiratoria
Estado		Cumplido

Número	:	1101/2008 OPS
Fecha de suscripción	:	01-MAY-20087
Fecha de iniciación y ejecución	:	01-MAY-2008 al 31-DIC-2008
Valor Contrato		$12'000.000,oo
Objeto		Prestación de Servicios como Terapeuta Respiratoria
Estado		En Ejecución

Que consultados los archivos del Hospital y los informes de supervisión de los contratos, estos acreditan que el objeto del mismo, se encuentra en ejecución, sin ninguna observación.

Se expide la presente con destino a Quien Interese a los veintidós (22) días del mes de diciembre de dos mil ocho (2008), con una vigencia de treinta (30) días contados a partir de la fecha de expedición, en la ciudad de Bogotá D.C.

MIGUEL ANGEL OBANDO CASTILLO
Profesional Especializado
Unidad Gestión Contratos

Doctor GUSTAVO ADOLFO HINCAPIE DIAZ
Jefe División Médica (E)

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

AREA DE TALENTO HUMANO
NIT 860.020.188 – 1

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **51.793.183** de Bogotá, Ha suscrito Contratos por Orden de Prestación de Servicios con esta institución así:

N°AS1698/2006	del	6	de octubre de 2006 al 1 de enero de 2007	$44.100
N°AS355/2007	del	2	de enero al 30 de septiembre de 2007	$13.267.800
N°AS1333/2007	del	1	al 31 de octubre de 2007	$1.474.200
N°AS1957/2007	del	1	de noviembre al 31 de diciembre de 2007	$2.948.400
N°AS360/2008	del	1	de enero al 30 de junio de 2008	$9.287.460
N°AS1196/2008	del	1	al 31 de julio de 2008	$1.547.910
N°AS1776/2008	del	1	de agosto al 31 de diciembre de 2008	$7.739.550
N°AS292/2009	del	1	de enero al 30 de junio de 2009	$10.720.014
N°AS1245/2009	del	1	al 31 de julio de 2009	$1.600.000
N°AS1917/2009	del	11	de agosto al 31 de octubre de 2009	$5.120.064
N°AS2693/2009	del	5	de noviembre al 31 de diciembre de 2009	$3.413.376
N°AS281/2010	del	12	de enero al 30 de junio de 2010	$10.240.128
N°AS1666/2010	del	1	de julio al 31 de julio de 2010	$2.866.500
N°AS2176/2010	del	6	de septiembre al 31 de octubre del 2010	$4.200.000
N°AS2853/2010	del	5	de noviembre al 31 de diciembre de 2010	$5.670.000
N°AS568/2011	del	5	de enero al 30 de junio de 2011	$15.910.500
N°AS1750/2011	del	5	de julio al 30 de septiembre de 2011	$7.544.991
N°AS2730/2011	del	10	al 31 de octubre de 2011	$1.953.000
N°AS3476/2011	del	11	de noviembre al 31 de diciembre de 2011	$4410.000
N°AS620/2012	del	10	de enero al 30 de septiembre de 2012	$20.330.100
N°AS 2028 2012	del	1	al 31 de octubre del 2012	$1.984.500
N°AS 3202 2012	del	7	al 30 de noviembre del 2012	$1.984.500

Elaboró: **CLAUDIO ELIAS VALENZUELA PINZON** – Aux. Administrativo T.H.
Revise: William Grimaldo - Aux. Administrativo TH

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

AREA DE TALENTO HUMANO
NIT 860.020.188 – 1

Continuación de certificado de LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA

AS 3909 2012	del	18	al 31 de diciembre de 2012
AS 166 2013	del	01	de enero al 30 de junio de 2013
AS 1667 2013	del	01	de julio al 31 de agosto de 2013
AS 3012 2013	del	03	al 18 de septiembre de 2013
AS 3390 2013	del	19	al 30 de septiembre de 2013
AS 4024 2013	del	07	al 31 de octubre de 2013
AS 4897 2013	del	01	al 30 de noviembre de 2013

Con contrato actual AS 4897 2013 y plazo de ejecución del 01 al 30 de noviembre del 2013; y honorarios mensuales de ($2.201.856). Realizando actividades según objeto del contrato como PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

Se expide la presente certificación a los diecinueve (19) días del mes de noviembre de dos mil trece(2013) a solicitud del interesado.

LUZ YANETH TORRES GORDILLO
Profesional Especializado Talento Humano

Elaboró: **CLAUDIO ELIAS VALENZUELA PINZON** – Aux. Administrativo T.H.
Revise: William Grimaldo - Aux. Administrativo TH

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

NIT 860.020.188 – 1
ÁREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA**, identificado con cédula de ciudadanía **51.793.183**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con esta institución así:

Nº AS1698/2006	del	6 de octubre de 2006 al 1 de enero de 2007
Nº AS355/2007	del	2 de enero al 30 de septiembre de 2007
Nº AS1333/2007	del	1 al 31 de octubre de 2007
Nº AS1957/2007	del	1 de noviembre al 31 de diciembre de 2007
Nº AS360/2008	del	1 de enero al 30 de junio de 2008
Nº AS1196/2008	del	1 al 31 de julio de 2008
Nº AS1776/2008	del	1 de agosto al 31 de diciembre de 2008
Nº AS292/2009	del	1 de enero al 30 de junio de 2009
Nº AS1245/2009	del	1 al 31 de julio de 2009
Nº AS1917/2009	del	11 de agosto al 31 de octubre de 2009
Nº AS2693/2009	del	5 de noviembre al 31 de diciembre de 2009
Nº AS281/2010	del	12 de enero al 30 de junio de 2010
Nº AS1666/2010	del	1 de julio al 31 de julio de 2010
Nº AS2176/2010	del	6 de septiembre al 31 de octubre del 2010
Nº AS2853/2010	del	5 de noviembre al 31 de diciembre de 2010
Nº AS568/2011	del	5 de enero al 30 de junio de 2011
Nº AS1750/2011	del	5 de julio al 30 de septiembre de 2011
Nº AS2730/2011	del	10 al 31 de octubre de 2011
Nº AS3476/2011	del	11 de noviembre al 31 de diciembre de 2011

		ELABORÓ	
FIRMA		Ana Sofía Botina Muñoz	
NOMBRE			
CARGO		Profesional Talento Humano	

Continuación de certificado de LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA

NºAS620/2012	del	10 de enero al 30 de septiembre de 2012
NºAS 2028 2012	del	1 al 31 de octubre del 2012
NºAS 3202 2012	del	7 al 30 de noviembre del 2012
AS 3909 2012	del	18 al 31 de diciembre de 2012
AS 166 2013	del	01 de enero al 30 de junio de 2013
AS 1667 2013	del	01 de julio al 31 de agosto de 2013
AS 3012 2013	del	03 al 18 de septiembre de 2013
AS 3390 2013	del	19 al 30 de septiembre de 2013
AS 4024 2013	del	07 al 31 de octubre de 2013
AS 4897 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0499 2014	del	01 de enero al 31 de mayo de 2014
AS 2083 2014	del	03 de junio al 31 de agosto de 2014
AS 3489 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 4563 2014	del	01 al 30 de noviembre de 2014
AS 5464 2014	del	30 al 31 de diciembre de 2014
AS 0635 2015	del	02 de enero al 31 de agosto de 2015
AS 2556 2015	del	07 de septiembre al 31 de octubre de 2015
AS 3351 2015	del	06 al 30 de noviembre de 2015

Con Orden de Prestación de Servicios AS 3351 2015, plazo de ejecución del 06 al 30 de noviembre de 2015, honorarios promedio mensuales ($2.306.440) y actividades como PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO.

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

Continuación de certificado de LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA

Se expide la presente certificación a los un (01) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015) a solicitud del interesado.

Actualmente, esta entidad se encuentra realizando el proceso de la nueva contratación la cual será a partir del mes de Diciembre de 2015.

NUBIA YANNETH OSTOS BUSTOS
Profesional Especializado Talento Humano

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

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

Con Orden de Prestación de Servicios vigente PS-0890-2017, plazo de ejecución del 10 de enero al 31 de julio de 2017, honorarios promedio mensuales ($2.797.600).

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

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Atender con sentido ético y profesional a los pacientes que soliciten el servicio de terapia respiratoria. 2. Cumplir con las horas laboradas para las cuales fue contratado. 3. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado crítico, intermedio y sala ERA. 4. Cumplir a cabalidad con el manual de procesos y procedimientos de la institución. 5. Realizar el seguimiento diario de la evolución de los pacientes hospitalizados. 6. Mantener actualizadas las historias clínicas para una oportuna información para el equipo de trabajo y así lograr un mejor manejo del paciente. 7. Contestar las interconsultas que se hagan el servicio de una manera oportuna. 8. Velar por el uso racional de los elementos de terapia respiratoria. 9. Velar por el manejo adecuado de ventiladores cumpliendo con las normas de asepsia de acuerdo a los parámetros de la institución. 10. Velar por que todas las actividades que se realicen sean facturadas y cargadas a las respectivas cuentas de los pacientes 11. Elaborar la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer día hábil del mes. 12. Asistir a las reuniones que fuere convocado por el coordinador de área o directivas de la institución. 13. Realizar entrega de turno personal y por escrito anotando y haciendo las observaciones sobre las novedades presentadas durante el desarrollo del turno que termina. 14. Cambiar los equipos de oxigenoterapia se las unidades de cuidado intensivo e intermedio cada 72 horas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C el día 24 de julio de 2017

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 2880519 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada,
revisada y aprobada.
Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación Ops
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Apoyo Administrativo OPS

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

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA**, identificada con C.C. No 51.793.183 presta sus servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

N°AS1698-2006	del	6 de octubre de 2006 al 1 de enero de 2007
N°AS355-2007	del	2 de enero al 30 de septiembre de 2007
N°AS1333-2007	del	1 al 31 de octubre de 2007
N°AS1957-2007	del	1 de noviembre al 31 de diciembre de 2007
N°AS360-2008	del	1 de enero al 30 de junio de 2008
N°AS1196-2008	del	1 al 31 de julio de 2008
N°AS1776-2008	del	1 de agosto al 31 de diciembre de 2008
N°AS292-2009	del	1 de enero al 30 de junio de 2009
N°AS1245-2009	del	1 al 31 de julio de 2009
N°AS1917-2009	del	11 de agosto al 31 de octubre de 2009
N°AS2693-2009	del	5 de noviembre al 31 de diciembre de 2009
N°AS281-2010	del	12 de enero al 30 de junio de 2010
N°AS1666-2010	del	1 de julio al 31 de julio de 2010
NºAS2176-2010	del	6 de septiembre al 31 de octubre del 2010
N°AS2853-2010	del	5 de noviembre al 31 de diciembre de 2010
N°AS568-2011	del	5 de enero al 30 de junio de 2011
N°AS1750-2011	del	5 de julio al 30 de septiembre de 2011
N°AS2730-2011	del	10 al 31 de octubre de 2011
N°AS3476-2011	del	11 de noviembre al 31 de diciembre de 2011
N°AS620-2012	del	10 de enero al 30 de septiembre de 2012
NºAS 2028 2012	del	1 al 31 de octubre del 2012
NºAS 3202 2012	del	7 al 30 de noviembre del 2012
AS 3909 2012	del	18 al 31 de diciembre de 2012
AS 166 2013	del	01 de enero al 30 de junio de 2013
AS 1667 2013	del	01 de julio al 31 de agosto de 2013
AS 3012 2013	del	03 al 18 de septiembre de 2013
AS 3390 2013	del	19 al 30 de septiembre de 2013
AS 4024 2013	del	07 al 31 de octubre de 2013
AS 4897 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0499 2014	del	01 de enero al 31 de mayo de 2014
AS 2083 2014	del	03 de junio al 31 de agosto de 2014
AS 3489 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 4563 2014	del	01 al 30 de noviembre de 2014
AS 5464 2014	del	30 al 31 de diciembre de 2014
AS 0635 2015	del	02 de enero al 31 de agosto de 2015
AS 2556 2015	del	07 de septiembre al 31 de octubre de 2015
AS 3351 2015	del	06 al 30 de noviembre de 2015
AS 4315 2015	del	01 al 31 de diciembre de 2015
AS 0693 2016	del	01 de enero de 2016 al 09 de enero de 2017
PS-0890-2017	del	10 de enero al 31 de julio de 2017

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.793.183**

LOAIZA ACOSTA

APELLIDOS

LUZ STELLA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1965**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00007163-F-0051793183-20080506 **0000**238179A 1 1410004960

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14295545765

(415)7707212489984(8020) 000001429554576 5

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 1 7 9 3 1 8 3	1 9 8 3 1 1 3 0

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
LOAIZA	ACOSTA	LUZ	STELLA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 72 M 38 C 04 SUR BRR CARIMAGUA AP 401

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
cata06negrita@yahoo.es		3 0 5 9 0 2 4	3 1 2 3 7 6 5 8 3 6

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 4 0 6 2 6						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 0 6 2 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 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Luz Stella Loaiza A
CC 51.793 183 Bta

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: VELASQUEZ VEGA OLGA BEATRIZ DE F

985. Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 26-06-2014 08:00:53AM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 15-07-2016
Hora: 12:17:39 PM

CONTRIBUYENTE CC 51793183 LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA

Información

Dirección	CR 72 M 38 C 04 SUR
Teléfonos	3059024/3123765839
Dirección	CATA06NEGRITA@YAHOO.ES
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	15/07/2016
Soporte Inscripción	22407174
Fecha Inicio Actividades	14/06/2014
# 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



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CETIFICADO DE INSCRIPCION
No. EXP 02-05-2001
LOAIZA ACOSTA
LUZ STELLA
CC 51793183
Secretaría SALUD
TERAPEUTA RESPIRATORIA (O)
luz stella loaiza A
FIRMA
FIRMA AUTORIZADA

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTA

Resolución No 003058 *de* JUN. 16 2000

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se refrenda un TITULO para el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA Identificado(a) con CC número 51793183 expedida en SANTA FE DE BOGOTA D.C. solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su TITULO de TERAPEUTA RESPIRATORIA (O) otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 26/04/2000 y registrado en el libro 1 Folio 97 año 2000

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: Refrendar el TITULO que autoriza a LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA identificado(a) con CC número 51793183 expedida en SANTA FE DE BOGOTA D.C. para ejercer la profesión de TERAPEUTA RESPIRATORIA (O) en el Territorio Nacional.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los JUN. 16 2000

Original Firmado
Hector Mario Restrepo Montoya
HECTOR MARIO RESTREPO MONTOYA
Director de Desarrollo de Servicios de Salud

VRS

Santa Fe de Bogotá, D.C. 22-2-01
En la fecha notifiqué personalmente
al señor (a) Luz Stella Loaiza
Identificado con la c.c. 51.793.183 de
La resolución No. 003058 Jun 16-0
Quien enterado del contenido firma
para constancia Luz Stella Loaiza

ReTHUS

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

51793183

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 51793183, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

Orden No:	**8238411**	Fecha de ingreso:	23-Aug-2018 6:54 am
Paciente:	**LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA**	Fecha de impresion:	01/10/2018
Documento Id:	CC 51793183	Edad:	53 Años 0 meses 13 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3123765830
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

90303534

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN

Nombre.	LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA	Fecha de recepcion:	03-sep-2018 2:57 pm
Identificacion	CC 51793183 Tel.	Fecha de impresion:	14-sep-2018 11:32 am
Edad	58 Años 9 Meses 23 Dias Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8238411	Fecha Validacion	03-sep-2018 8:21:00p.m. Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	

Metodo: Quimioluminiscencia

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

Andrea Luis

DRA ELVIRA GISELA DIAZ IBAÑEZ
REG.2°.063 197
BACTERIOLOGA

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

Régimen : COMUN

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000102627

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 03/12/2018 10:15:51

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA **C.C** 51793183

EDAD 53 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** TERAPIA RESPIRATORIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☐
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐	Otros ☐
Audiometría	☐	Cuales	
Espirometría	☐	Radiografías	

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

APTO PARA EL CARGO ☑ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ / CONTROL POR NUTRICION EPS
CONTROLES DE SALUD EPS
USO DE EPP/REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS / SE SUGIERE VALORACION AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Anderson Y. Gómez Ávila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución No 4451 - 2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA

C.C.: 51793183

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR
BOGOTÁ MEJOR

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Luz Stella Loaiza Acosta*

Asistió al curso de

SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)

Con una intensidad de 100 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora

Germán Vicente Rozo Tobar
Enfermero Profesional
Registro 80866486

Ponente

Bogota, D.C. *Diciembre 05 de 2018*

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:	2018-12-16	CIUDAD:	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
LOAIZA	ACOSTA	LUZ	STELLA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	51793183	BOGOTA D.C.	1983-11-30
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1965-08-10	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	1	3123765836

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA.72M -38 C 04 SUR AP.401	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	4684441

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
cata06negrita@yahoo.es		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT
GOBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [X]		900.959.051

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAG.34 ·5-43	3444484	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	TERAPEUTA RESPIRATORIA	FECHA VINCULACION	2006-10-06

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		GASTOS FAMILIARES	$ 1.500.000	AHORROS	$ 600.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 5.089.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 916.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 152.945.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 1.500.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 200.000
TOTAL INGRESOS	**$ 5.089.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 3.000.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 153.545.000**	TOTAL PASIVOS	**$ 1.116.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ANDRADE	AVIRAMA	YULIET	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 47 ·7-35 AP.702	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	COMPAÑERA TRABAJO	3105790423

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO COLPATRIA	TARJETA DE CREDITO	5470646633635560	KENNEDY	2543049

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 aqui 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.):

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres 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 artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, 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 estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera dè 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 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 Stella Loaiza A

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:		

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Iliquidas de Causantes Residentes

DIAN — Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113601224109

(415)7707212489984(8020) 000211360122410 9

Datos del declarant

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
5 1 7 9 3 1 8 3	7	LOAIZA	ACOSTA	LUZ	STELLA	3 2

24. Actividad económica: 8692 — Si es una corrección indique: — 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") — 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X"): X

Patrimonio

Patrimonio bruto	29	168,160,000
Deudas	30	11,000,000
Total patrimonio líquido	31	157,160,000

Rentas de trabajo

Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	61,075,000
Ingresos no constitutivos de renta	33	4,197,000
Renta líquida	34	56,878,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	18,801,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	18,801,000
Renta líquida cedular de trabajo	37	38,077,000

Renta de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
Ingresos no constitutivos de renta	39	0
Renta líquida	40	0
Rentas exentas de pensiones	41	0
Renta líquida cedular de pensiones	42	0

Rentas de capital

Ingresos brutos rentas de capital	43	0
Ingresos no constitutivos de renta	44	0
Costos y gastos procedentes	45	0
Renta líquida	46	0
Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	50	0
Pérdida líquida del ejercicio	51	0
Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
Renta líquida cedular de capital	53	0

Rentas no laborales

Ingresos brutos rentas no laborales	54	0
Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
Ingresos no constitutivos de renta	56	0
Costos y gastos procedentes	57	0
Renta líquida	58	0
Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	61	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	62	0
Pérdida líquida del ejercicio	63	0
Compensaciones	64	0
Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
Renta líquida cedular no laboral	66	0

Renta por dividendos y participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
Ingresos no constitutivos de renta	68	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69	0
1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
Rentas exentas de la casilla 72	73	0
Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0

Renta

Total rentas líquidas cedulares	75	38,077,000
Renta presuntiva	76	3,441,000

Ganancia Ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
Costos por ganancias ocasionales	78	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
Ganancias ocasionales gravables	80	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares

De trabajo y de pensiones	81	637,000
De capital y no laborales	82	0
Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a, Subcédula	84	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	86	637,000
Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0
Total impuesto sobre la renta liquida	88	637,000

Descuentos

Impuestos pagados en el exterior	89	0
Donaciones	90	0
Otros	91	0
Total descuentos tributarios	92	0
Impuesto neto de renta	93	637,000
Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
Total impuesto a cargo	96	637,000
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	110,000
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	0
Retenciones año gravable a declarar	99	0
Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	296,000
Saldo a pagar por impuesto	101	823,000
Sanciones	102	0
Total saldo a pagar	103	823,000
Total saldo a favor	104	0

(415)7707212489984(8020)220892000000517931830400(3900)000000000000000(96)20180822

105. No. Identificación signatario	106. DV	107. No. Identificación dependiente	108. Parentesco
		1001186056	hija

981. Cód. Representación — Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total $ 0

982. Cód. Contador — Firma contador — 994. Con salvedades

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

983. No. Tarjeta profesional

2018195325381 1

Secretaria 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:	2018-12-16	CIUDAD:	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
LOAIZA	ACOSTA	LUZ	STELLA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	51793183	BOGOTA D.C.	1983-11-30
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1965-08-10	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASA☐ DIVO☐DO(A) VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	1	3123765836

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA.72M ·38 C 04 SUR AP.401	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	4684441

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
cata06negrita@yahoo.es		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					# NIT
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒		900.959.051

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAG.34 ·5-43	3444484	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	TERAPEUTA RESPIRATORIA	FECHA VINCULACION	2006-10-06

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	$ 5.089.000	GASTOS FAMILIARES	$ 1.500.000	AHORROS	$ 600.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 916.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 152.945.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 1.500.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 200.000
TOTAL INGRESOS	**$ 5.089.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 3.000.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 153.545.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 1.116.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ANDRADE	AVIRAMA	YULIET	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 47 ·7-35 AP.702	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	COMPAÑERA TRABAJO	3105790423

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO COLPATRIA	TARJETA DE CREDITO	5470646633635560	KENNEDY	2543049

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 ☐ INVERSIONES ☐ OTRAS SERVICIOS ☐ 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.):

PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA

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, compañias 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 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 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 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

Ana Stella Loaiza A

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:			

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 artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, 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) Envío 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.

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.

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA identificado(a) con CC 51793183 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS KENEDY**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 05 días del mes de diciembre del año 2018 .

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **51793183,** se encuentra afiliado (a) desde **09/02/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	23	COLPENSIONES	09/02/1995	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en COLPENSIONES

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Medellín, 10 de diciembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA identificado(a) con cédula de ciudadanía 51793183 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 18/02/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C517931831834472846

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 10/12/2018 8.14 PM

Dirección IP: 186.154.209.130, 172.16.42.236

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

51.793.183			SURA
Numero de Documento			ARL

LUZ	STELLA	LOAIZA	ACOSTA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

10/08/1965	BOGOTA D.C.	CRA.72M ·38 C 04 SUR AP.401	4684441
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

NUEVA EPS	COLPENSIONES	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

TERAPEUTA RESPIRATORIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

cata06negrita@yahoo.es	3123765836
Correo Electrónico	Celular

Luz Stella Loaiza A
Firma del Afliado

MAARIA ESNEDA ROCHA GAONA
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 41920114

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118810480

WEB
19:30:54

Bogotá DC, 04 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 STELLA LOAIZA ACOSTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51793183:

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 05 de diciembre de 2018, a las 17:33:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51793183
Código de Verificación	51793183181205173321

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. 2585735

Bogotá D.C., 4 de Diciembre de 2018 - 19:41 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., el señor(a) **LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA Y TRES** de BOGOTA D.C.

51793183

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 Jazmín 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.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_GNDV_4119
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 19:49:28 horas del 04/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **51793183**
Apellidos y Nombres: **LOAIZA ACOSTA LUZ STELLA**

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 Nº 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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

A QUIEN INTERESE

Bogotá **2018/12/10**
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LUZ STELLA LOAIZA ACOSTA** con **Cédula de Ciudadanía** número **51793183** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número:	**468200015237**
Fecha apertura:	**2012/04/09**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA