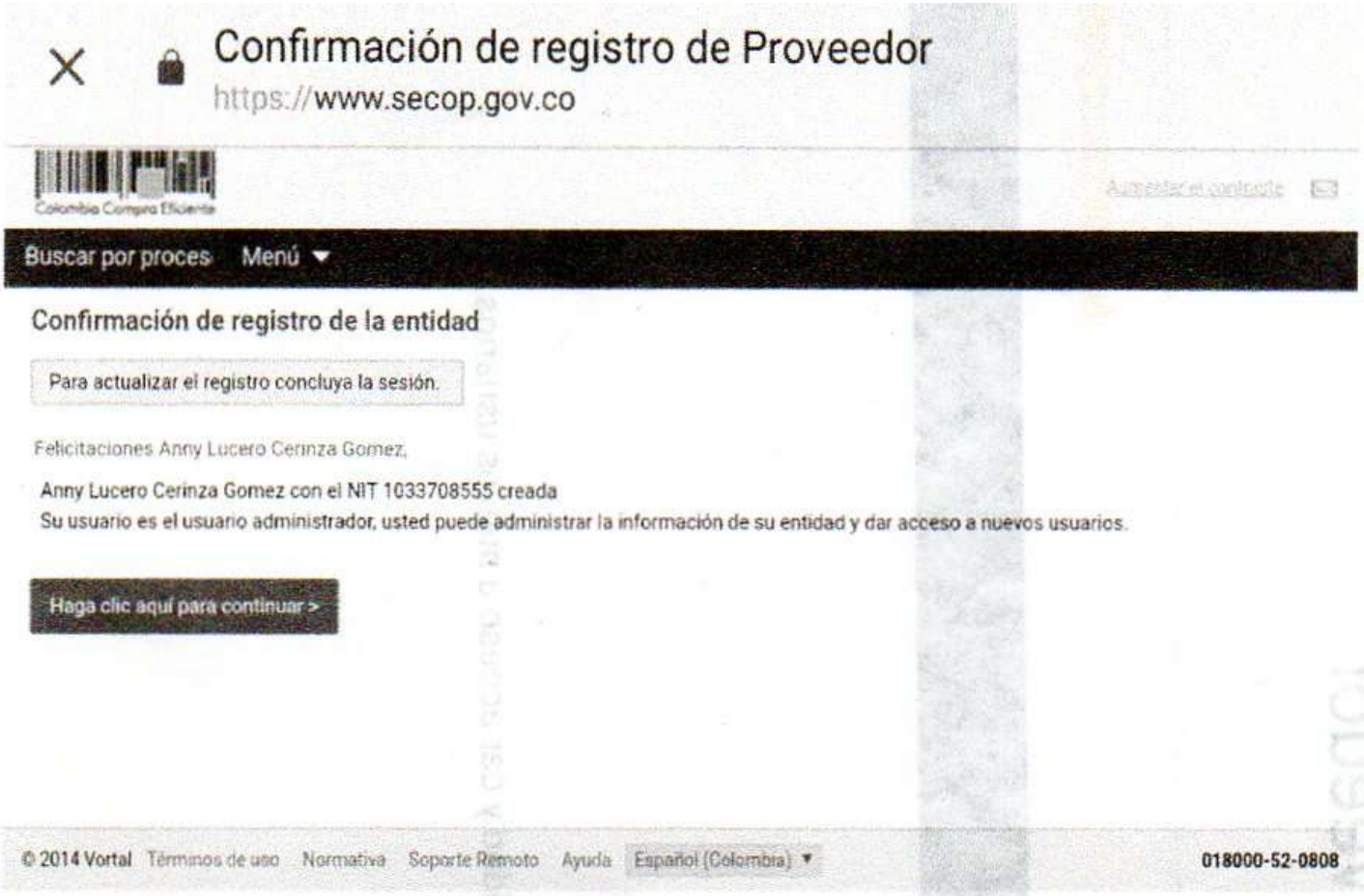

Confirmación de registro de Proveedor
https://www.secop.gov.co
Colombia Compra Eficiente
Buscar por proces
Menú
Confirmación de registro de la entidad
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones Anny Lucero Cerinza Gomez,
Anny Lucero Cerinza Gomez con el NIT 1033708555 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808

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: 15-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CERINZA	GOMEZ	ANNY LUCERO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033708555

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES ABR AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

clle 69b sur #73d 23

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7685105

EMAIL anny.lucero520@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES DICIEMBRE AÑO 2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	7	2009	

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: 15-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 la victoria	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: cordinacionenfermeriavictoria@gmail.com	
TELÉFONOS: 3125329905	*FECHA DE INGRESO*: DIA 13 MES 9 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: enfermería	*DIRECCIÓN*: diagonal 39 sur #3 20 este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA JORGE PIÑEROS CORPAS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3176706546	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 8 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 16 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERÍA	*DEPENDENCIA*: ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: CARRERA 47 # 104-44	

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	0	3
PRIVADO	1	4
PARTICULAR	0	0
TOTAL #	1	7

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).

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: 15-dic-2018

Bogotá 17 D.C 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

15-Dic-18

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1033708555 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección clle 69b sur #73d 23 **Teléfonos** 3142843215 7685105

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Rosabel Gomez Rubiano	51979264	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 15.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 15.600.000,00

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	004800403927	c.c tunal	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
OTRO	BIENES MUEBLES	$ 3.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
TARJETA EXITO	CREDITO	$ 350.000,00

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 Actualización: 15-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	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	PRESTACION DE SERVICIOS

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 15-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre, el

Colegio Cedid Ciudad Bolívar

I.E.D.

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, según
Resolución de Reconocimiento Oficial Nº 3133 del 30 de Septiembre de 2002

Confiere a:

Anny Lucero Cerinza Gómez

Identificado (a) con C.C. Nº 1.033.708.555 de Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994; según los planes y programas vigentes.

Jorge Eduardo Mejía Quiroga
C.C Nº 79.330.792 de Bogotá
Rector

Claudia Janeth Bernal Franco
C.C Nº 51.998.003 de Bogotá
Secretaria

Asentado al Folio Nº 01 Libro de Registro Nº 02 Acta Nº 14

Dado en Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de Diciembre del año 2007

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos Nº 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2158 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO CEDID CIUDAD BOLIVAR

I.E.D.

Jornada Tarde

063222
ICFES

111001868804
DANE

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de Diciembre del año lectivo 2007 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del

Colegio Cedid Ciudad Bolívar – I.E.D.

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica y Autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución de Reconocimiento Oficial Nº 3133 del 30 de Septiembre de 2002

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

TÍTULO DE
BACHILLER ACADEMICO

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

Anny Lucero Cerinza Gómez

Identificado (a) con C.C. Nº 1.033.708.555 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 014 de fecha 5 de Diciembre del año 2007 que consta de 195 alumnos (as) graduandos; que comienza con el nombre de ACHIPIZ GONZALEZ OMAR ENRIQUE y se cierra con el nombre de ZAPATA SALCEDO RENSO ALEXANDER

Firmada por JORGE EDUARDO MEJIA QUIROGA — Rector (E)
CLAUDIA JANETH BERNAL FRANCO — Secretaria Académica

Dada en Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de Diciembre del año 2007

FIRMADA Y SELLADA

JORGE EDUARDO MEJIA QUIROGA
C.C. Nº 79.330.792 de Bogotá
Rector

CLAUDIA JANETH BERNAL FRANCO
C.C. Nº 51.990.003 de Bogotá
Secretaria

No se requiere registro de la Secretaria de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

República de Colombia

Centro de Capacitación

Cefap de la Caracas

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acuerdo No. 13 del 12 de Diciembre de 1995 Ministerio de Salud
Resolución No. 1460 del 22 de Mayo de 1996,
Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de

Técnico Laboral

a:

Anny Lucero Cerinza Gómez

Identificado(a) con C.C. No.. 1.033.708.555 Expedida en Bogotá D.C.

Quien Cursó y Aprobó el Programa de

Auxiliar de Enfermería

Con duración de 1800 horas

Dado en Bogotá, D.C. a 11 de Julio de 2009

Directora

Eligenia Molano de Gutiérrez

Secretaria

Doris Patricia Cifuentes Molano

Registro Libro 1 Acta 27 Folio 047

SENA

Reconocimiento Sena Resolución 3383

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES EN ENFERMERIA
APROBACION OFICIAL

Acuerdo 013 de Diciembre 12 de 1995 Ministerio de salud
Resolución 1460 de Mayo 22 de 1996 Secretaria de Educación.

ACTA INDIVIDUAL

Las suscritas Directora y Secretaria del **CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS.**

CERTIFICAN :

Que en el libro de Actas No. 1 Folio No. 047 se halla Inscrita la presente **Acta No.** 27.

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia el día 11 del mes de Julio de 2.009 se celebró sesión solemne y pública bajo la Dirección de **Efigenia Molano de Guerrero** y actuando como secretaria **Doris Patricia Guerrero Molano** , con el objeto de otorgar el certificado a los estudiantes aspirantes a ello.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General del Centro, La Directora y Secretaria otorgaron el Certificado de:

TÉCNICO LABORAL DE AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Con una Intensidad de 1800 Horas

A : CERINZA GOMEZ ANNY LUCERO C.C. No. 1.033.708.555 DE BOGOTA D.C.

Se tomó juramento y se comprometió a cumplir con los deberes propios del ejercicio como Auxiliar en Enfermería y a mantener irrestricta lealtad a Cefap de la Caracas.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada a los 11 días del mes de Julio de 2.009, del Acta General No. 27 que comienza con el nombre de Acosta Cordoba Samir Andrés y termina con el nombre de Villalobos Bonilla Angie Lorena.

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora

DORIS PATRICIA GUERRERO MOLANO
Secretaria

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal 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.

Certifica:

Que: *Anny Lucero Cerinza Gomez*

Asistió al curso Básico de

TERAPIA RESPIRATORIA

Con una intensidad de 20 horas

ESCUELA DE SALUD
FUSDESA

Roberto Galindo González	Dr. Pedro Nel Pérez Ardila	Terapeuta Respiratoria
Presidente	Director Académico	

Dado En Bogota D. C, A Los 22 Dias Del Mes De Octubre De 2005

ESCUELA DE SALUD "FUSDESA"

Educación no formal 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.

Certifica:

Que: *Anny Lucero Cerinza Gomez*

Asistió al curso Básico de

PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Instructor Socorrista

Dado en Bogotá, a los 31 Días del Mes de Agosto de 2005

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.033.708.555

Cursó y aprobó la acción de Formación

IDENTIFICACION DE IDEAS DE NEGOCIO

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D. C. a los Doce (12) días del mes de Junio de Dos Mil Nueve (2009)

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

12/06/2009
Fecha Registro

Centro de Capacitación

CEFAP DE LA CARACAS

ACUERDO 013 DE DIC/96 MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCION No 1460 DE MAYO/96 SECRETARIA DE EDUCACION
RECONOCIMIENTO SENA RESOLUCION No 3383 DE NOV 9/2006

TÉCNICOS AUXILIARES EN ENFERMERIA

CERTIFICA QUE:

ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ
C.C. No 1.033.708.555 DE BOGOTA D.C.

Asistió al Seminario de Capacitación en

CUIDADOS INTENSIVOS

Con una intensidad de 30 horas
Bogotá D.C. Julio de 2009

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
DIRECTORA GENERAL

JESUS GALVAN DORIA
COORDINADOR ACADEMICO

DORIS PATRICIA GUERRERO
SECRETARIA

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION 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 Secretaría 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 de la Salud.
Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.-

Certifica:

Que: *Anny Lucero Cerinza Gómez*

C.C 1.033.708.555 de Bogotá D.C

Asistió y participo en el Diplomado en UCI

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO/PEDIÁTRICO

Con una intensidad de 200 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora

Docente

Dado en Bogotá D.C. a los 20 Días Del mes De Diciembre de 2013

ESCUELA NACIONAL COLOMBIANA DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

Educación para el trabajo y desarrollo humano

NIT 901 057.931-6

"Amor y respeto por la vida, la salud y la dignidad humana"

CONFIERE A :

ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ

Identificada con cedula de ciudadanía nº 1.033.708.555

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el diplomado de :

ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Intensidad 120 Horas de educación continuada

DADO EN BOGOTA - D.C, A LOS 7 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2017

MAURICIO I LADINO
Director

ANDRES H. SABOGAL MORA
Director de Educación y Capacitación

Anotado en el libro N° 001 Del folio 192

Información celular:3203904227-3045270838 - 3147561037 - 4755714
Correos: enfedcamil@gmail.com encetormacion@gmail.com
www.encef.co

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ
C.C 1.033.708.555

ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE TOMA DE MUESTRAS Y LABORATORIO CLINICO CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 16 DE AGOSTO DE 2017
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

DANIEL MORENO
GERENTE

PROMOCION 1

SEDE PRINCIPAL cra 87 j cl 61 – 04 sur Bosa La Libertad Bogotá DC
Cel. 3057639865
Email scesbogota@hotmail.com

ESCUELA DE SALUD

Educación no formal 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.

Certifica:

Que: *Anny Lucero Cerinza Gomez*

Asistió al curso Básico de

Con una intensidad de 20 horas

ESCUELA DE SALUD
FUSDESA

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Docente

Dado En Bogota D. C, A Los 24 Dias Del Mes De Septiembre De 2005

Bogotá D.C.

Señores:

Cefap de la caracas

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Tecnico Auxiliar de enfermeria.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1.033708555

Tarjeta profesional No: 1.033708.555

Dirección de contacto: cl 69 Bis # 73 D23

Teléfono: 314 284 3215.

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE INFORMACIÓN RECURSOS HUMANOS PARA

CORPORACION IPS SALUDCOOP
NIT.: 830106376

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.033.708.555**, labora en la empresa **CORPORACION IPS SALUDCOOP** desde el día **6 de agosto de 2015**, con contrato de trabajo a término Obra o Labor Contratada. En la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual de **Ochocientos un mil doscientos Pesos M\cte ($ 801.200,00)** y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 29 días del mes de octubre de 2015.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá número 6361741-6925217 Ext.101-105-107-122, citando el consecutivo 84441.

Nota: Señor(a) trabajador(a) si Usted ha sido cesionado(a) tenga en cuenta por favor que las fechas consignadas en el presente documento deben entenderse atadas a los vínculos laborales que suscribió con cada uno de los empleadores.

BEATRIZ VASQUEZ PABON
Directora Nacional De Nomina Y Vinculación Laboral
IAC Gestión Administrativa
Nota: Firma escaneada válida solo para certificación electrónica (Marzo 14 2014)

La Institución Auxiliar del Cooperativismo Gestión Administrativa advierte que el presente documento fue extraído directamente por sistema mediante la utilización del usuario personal e intransferible asignado para tal fin al trabajador. Por consiguiente, la Empresa no se hace responsable por los usos inapropiados o diversos que se hagan del mismo.

BOGOTA: Firma válida únicamente para certificaciones vía WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.708.555**

CERINZA GOMEZ

APELLIDOS

ANNY LUCERO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1989**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-ABR-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500106-45160771-F-1033708555-20070626 **00153**07177B 02 238421002

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14474187883

(415)7707212489984(8020) 000001447418788 3

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

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
CERINZA	GOMEZ	ANNY	LUCERO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 69 B 73 D 23 SUR BRR SIERRA MORENA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
anny.lucero520@hotmail.com		7 6 8 5 1 0 5	3 1 4 2 8 4 3 2 1 5

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 0 9 0 7 1 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 7 1 8

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: PAEZ SANCHEZ ELIANA ASTRID

985. Cargo: Analista III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 11-07-2018
Hora: 3:43:51 PM

CONTRIBUYENTE CC 1033708555 ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ

Información General

Dirección CL 69B SUR 73D 23

Teléfonos 3142843215

Dirección electrónica anny.lucero520@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 11/07/2018

Soporte Inscripción 21765918

Fecha Inicio Actividades 11/07/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18003021900

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ANNY LUCERO

CERINZA GOMEZ

C.C 1033708555

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 14/09/2009

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 6878 de 30/07/2009

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza 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) CERINZA GOMEZ ANNY LUCERO Identificado(a) con CC número 1033708555 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS el día 11/07/2009 y registrado en el libro 1 Folio 47 año 2009

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a CERINZA GOMEZ ANNY LUCERO identificado(a) con CC número 1033708555 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo 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 Bogotá, D.C. a los 30/07/2009

HERMAN REDONDO GOMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yuly Rodríguez

Bogotá, D.C _____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1033708555

Primer Nombre *

anny

Primer Apellido *

cerinza

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1033708555	ANNY	LUCERO	CERINZA	GOMEZ	**Ver**

Información Detallada [CC: 1033708555] ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Titulo*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2009/7/30	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

VPA 05

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.
S. A. M. U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Anny Lucero Cerinza G.

FECHA DE NACIMIENTO 06, Abril/89 SEXO F

TELEFONO _____

5v004

ESQUEMA ANTIRRABICO

	Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
ESQUEMA PRE-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
ESQUEMA POST-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		

OTRAS: Suero Antirrábico (1ª Dosis, 2ª Dosis, 3ª Dosis); Gammaglobulina; Suero Antiofídico; Suero Antiofídico; Instrucciones Especiales:

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis	15/05/14	Maria B.
	2ª Dosis	FABRICANTE LOTE 14/05/01	
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	AH8V826486	GLORIA VALERIO C.C.52.962.251
	2ª Dosis 2 Meses	08 MAR 2008	2061103
	3ª Dosis 6 Meses	01 JUL 2008	
	Refuerzo	27 JUL 2015	

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	27 JUL 2015	
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Válida para 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugada	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo Polivalente	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza Pediatrica	1ª		
	2ª		
	3ª		

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1	20 ABR 2018		MUNDO SALUD C.O.P. VACUNACIÓN
	2	5 AÑOS		
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TD (TÉTANICO Y DIFTÉRICO)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

04:37 p.m.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Nro. 126982

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al Dr (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen medico y/o Paraclinico(s) ocupacional(es), registrado en este documento. Conforme quedo registrado en la historia clinica Ocupacional. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o Paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la anamnesis realizada antes de la respectiva toma de muestra. He sido informado de las medidas que tomara Medical Protection para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi copia del concepto medico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi ante estos numerales son completas y verídicas. Autorizo a Medical Protection Ltda. Para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en el documento, para que le sean cumplimiento del programa de salud ocupacional.



INFORMACION DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa Cliente	Direccion de trabajo	Telefonos
PARTICULAR		

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Nombres Apellidos	Documento de Identidad	Edad
ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ	1033708555	29
AUXILIAR DE ENFERMERIA		

SE REALIZO EXAMEN DE: INGRESO.

Fecha de Realizacion: 09/07/2018
Hora Ingreso:04:38 Salida:04:58

EXAMENES PRACTICADOS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL,

CONCEPTO OCUPACIONAL: LABORALMENTE APTO,

DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Z021 H527 E669

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS:

IMC = 30.73 OBESIDAD PGC = 38.15

CONCLUSION OCUPACIONAL

DE ACUERDO AL EXAMEN MEDICO REALIZADO A LA SRA. ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ. SE CONSIDERA: (C)

1 - SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL A LA FECHA, Y/O DE ENFERMEDAD COMUN QUE SE PUEDA AGRAVAR CON EJERCICIO DE LA LABOR A DESEMPEÑAR

2 - PRESENTA PATOLOGIA(S) E669, QUE NO INTERFIERE CON LA LABOR. VALORACION POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICION EN SU EPS

3 - PRESENTA H527 QUE NO INTERFIERE CON LA LABOR. VALORACION POR OPTOMETRIA EN SU EPS

RECOMENDACIONES MÉDICAS

1 - PRACTICAR Y CONSERVAR AUTOCUIDADOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

2 - REALIZAR EJERCICIO REGULAR Y CONTROLADO, 3 VECES A LA SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA/DIA, ACORDE CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD.

3 - DIETA BALANCEADA, RICA EN FIBRA Y AGUA

4 - CONTROL MEDICO INTEGRAL EN PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SU EPS.

5 - SOLICITAR EN SU EPS VALORACION INTEGRAL Y CONDUCTA NUTRICIONAL DE E669

6 - VALORACION POR OPTOMETRIA EN SU EPS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

LEGALES:

1 - CONOCER Y CUMPLIR PROGRAMAS SISSOMA DE LA EMPRESA.

ERGONOMICAS:

1 - CAPACITAR EN USO ADECUADO DE EPP.

2 - CAPACITAR EN TECNICA ADECUADA PARA MANEJO DE CARGAS.

3 - PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS EN SU PUESTO DE TRABAJO SEGÚN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

VISUALES:

1 - INGRESAR AL PVE RIESGO VISUAL

2 - DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE EN JORNADA LABORAL

BIOLOGICOS:

1 - COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION PREVIA TITULACION DE ANTICUERPOS

OBSERVACIONES FINALES

Dra. Esperanza Suárez C.
Médico Esp. Salud Ocupacional
Lic. Reg. 1272512012
N° 8821/04



ESC

ANNY GOMEZ LUCERO CERINZA

INDICE DERECHO

CODIGO SEG

DOC.IDENTIDAD NO. 1033708555

MEDICAL PROTECTION LTDA.
SALUD OCUPACIONAL

Bogotá - Colombia

Calle 71 No. 13 - 63
4736119 - 7029284

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ
C.C 1.033.708.555

ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 16 DE AGOSTO DE 2017
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

DANIEL MORENO
GERENTE

PROMOCION 1

SEDE PRINCIPAL cra 87 j cl 61 – 04 sur Bosa La Libertad Bogotá DC
Cel. 3057639865
Email scesbogota@hotmail.com

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ
C.C 1.033.708.555

ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE TOMA DE MUESTRAS Y LABORATORIO CLINICO CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 16 DE AGOSTO DE 2017
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

DANIEL MORENO
GERENTE

PROMOCION 1

SEDE PRINCIPAL cra 87 j cl 61 – 04 sur Bosa La Libertad Bogotá DC
Cel. 3057639865
Email scesbogota@hotmail.com

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ

c.c. 1.033.708.555

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

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

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 20 días del mes de Mayo de 2017.
Validez 2 años.

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

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

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

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

CODIGO: ES-CA-FT-013
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA: 15-12-18 CIUDAD: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distinguido 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:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cerinza	Gomez	Anny	Lucero

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
CC X CE NIP NUIP	1033708553	Bogota Cundi	23-04-2007
PASAPORTE OTRO	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
6-04-89	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO (A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	2	1	3142813215

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3142813215

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA
anny.lucero20@hotmail.com	—			X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
—	—	—	—

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC CE RC NUIP	—	—	—
PASAPORTE OTRO CUAL	ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI NO	NACIONALIDAD:	—

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORRETENEDOR
SI NO X	SI NO X	SI NO X

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO COMERCIAL SERVICIOS SALUD X NIT 900959051-7

EXPORTADORAS AGRICOLA ESMERALDERA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diag 39 Sur # 3-20	312 832 9905	Bogota Cund	cundinamarca	colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de enfermeria	FECHA VENCULACION		3-Sept-18

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
[illegible]	—	GASTOS FAMILIARES	200.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
[illegible]	1600.000	ARRIENDOS	350.000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
[illegible]	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULAR	—
[illegible]	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
[illegible]	—	OTROS EGRESOS*	300.000	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
INGRESOS	1600.000	TOTAL EGRESOS	850.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
—		—		—		—	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte, debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Arenas	Montenegro	Ninfa	Isabel
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
119A Sur # 73 D 23	Bogota Cundinamarca.	Amigo	821 2587130

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de ahorros	004800403927	CC Tural	330000

ESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
—	—	—	—		

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: —

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

suscribo 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
GRADA 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
perintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

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

Auxiliar de enfermeria.

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)
admite 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
ifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
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.
mare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
ejo a ello hoy hago, 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
GRADA 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
ndad a la fecha 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
ilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
diligenciar 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

ado 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.
ado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
ual 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
nes o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador publico o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si
estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible
Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + estractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

nal Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
opia del Registro Unico Tributario RUT
opia Inscripcion en el Rit Distrital
opia del documento de identificación, ampliada al 150%.
opia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
os Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
ADO: *Adjunte poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico*
Todos los conceptos de ingresos deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

os datos personales solicitados en el presente formulario de *Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y las estatutarias*
ciales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo
conformidad con lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de La Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la proteccion de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposicion, no son aplicables a
s 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 solicitud no requeriría de au
cion de su titular, la cual proviene de la Ley.
os datos personales adicionales para el estudio teorico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
os datos también serán tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

efectos de la presente autorizacion, entiendase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, telefono 3 44 44 84 y
ad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada

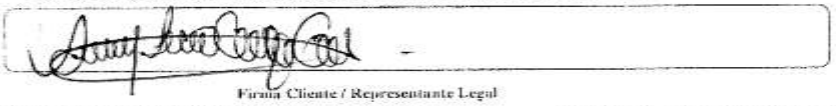
ado expresamente:
se para efectos de acceder a la contratacion y/o prestacion de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, administradas mediante
Ellos fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud
de la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente
NALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadas de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El
ntod de vinculacion como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociacion de contratos con
la de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y análisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la
riesgo. e) La facturacion 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 acceder a los servicios
ma 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
ad 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 la
adas 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
mos Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de informacion
nuevo y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevencion y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo
tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

SUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas q
ad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados
as Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervi
so de celebracion, ejecucion, 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 adelante
con efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para el
cesion y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
RANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las
alamente
ATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia,
ado 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 biom
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 Juridica de la Superintendencia Fi
mbia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
TOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido
nderlas.

ERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten las derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer,
ficar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
ESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Orien
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 comparta
mitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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 S
d *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos
prevencion y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
TORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mism
zadas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
TA: Se desea ampliar esta información por favor visite (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACTUALIZ
OS 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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

Fecha		2. Ciudad	
mbre del funcionario o ior:			
gar de La Entrevista:			
ervaciones:			
sultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
irma y Cedula			

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:*			

Cruz Blanca E.P.S.

Certificado de Afiliación

La Señora Anny Lucero Cerinza Gomez , identificada con Cédula Ciudadanía 1.033.708.555, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre:	Anny Lucero Cerinza Gomez		
Número de identificación:	1033708555	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	24/09/2009	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CLL 69 B SR 73 D 23	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	7685105	Depto. Residencia:	Bogota D.C.

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1033708555	Cerinza Gomez Anny Lucero	16/12/2016	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1023395348	RC	Victoria Escobedo Cerinza	27/12/2011	VIGENTES		HIJO
BENEFICIARIO	51979264	CC	ROSABEL Gomez Rubiano	16/03/2010	DESAFILIADO	27/12/2011	MADRE

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 17 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

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

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

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO
Coordinador Nacional de Operaciones
Elaboro:

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,033,708,555**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

Secretaría Distrital 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 AFILLACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.033 708 565	Positiva
Numero de Documento	ARL

Anny	Lucero	Cenza	Gomez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

06-04-1989	Bogota	cll 69Bsur#73023	7685105
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Cruz Blanca	Porvenir	$ 1.600.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

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

anny.lucero520@hotmail.com	314 284 3215
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119267083

WEB
07:29:49

Bogotá DC, 17 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033708555:

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)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 17 de diciembre de 2018, a las 07:26:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033708555
Código de Verificación	1033708555181217072610

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. 2616325

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 7:23 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE EXTRANJERÍA No: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO**

1033708555

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_X7EG_237
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:22:06 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1033708555**
Apellidos y Nombres: **CERINZA GOMEZ ANNY LUCERO**

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

Vive Digital
INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2018/12/17
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora ANNY LUCERO CERINZA GOMEZ
con Cédula de Ciudadanía número 1033708555
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	004800403927
Fecha Apertura	2017/03/03

Cordialmente,

DAVIVIENDA
OFICINA CIUDAD JARDIN BOGOTA

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA