



Autenticar al cortafuego

UTC-5 10:58:09

MARLENI RODRIGUEZ

- Busqueda
- Mis procesos
- Menú
- Ir a

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página: 14005862 Ayuda ?

Buscar...

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

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

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
51904863	MARLENI RODRIGUEZ	16/11/2017 05:49:23 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	16/11/2017 05:49:23 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FONSECA	NOMBRES MARLENI
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 51904863	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 8 MES MAY AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA kra 87a No 127-59 int 2 casa 19 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8072345 EMAIL marlenyrodriguez@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	☒ 11º	MES NOVIEMBRE AÑO 1988	

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TEMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	10	X	TERAPIA RESPIRATORIA	5 1995	51904863



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.



Última Actualización: 13-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUB RED CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalusuario@subredcentrooriente.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4444484	DÍA 18 MES 4 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PREFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE	SUB GERENCIA ATENCION SALUD	DG 39 SUR N 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	esevictoria@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 11 MES 12 AÑO 1991		DÍA 17 MES 4 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL UN. AREA SALUD	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	DIAGONAL 39 SUR NO. 3 20 ESTE	

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	26	12
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	26	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 50 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

ENTIDAD DE INFORMACIÓN VITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

Bogotá 13 dic 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Marleni Rodríguez Fonseca

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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION ELECTRONICA DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARLENI RODRIGUEZ FONSECA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 51904863

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección kra 87a No 127-59 int 2 casa 19

Teléfonos 3204392315 8072345

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
AGUSTIN RODRIGUEZ	2865724	PADRE
NICOLAS MORENO RODRIGUEZ	1031640057	HIJO(A)
MARINA MORENO RODRIGUEZ	1034517939	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 26.800.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 26.800.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

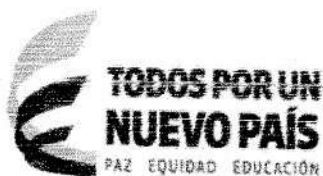
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
--------------------	----------------	---------------------	-------------------	--------------------

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL SEHAJO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 13-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

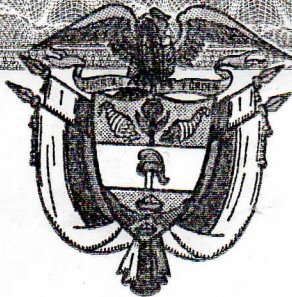
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasual o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Martín Rodríguez Fonseca
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

y en su nombre

El Instituto Ricaurte

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, Según
Resolución No. 6353 del 4 de Diciembre de 1970

Confiere a

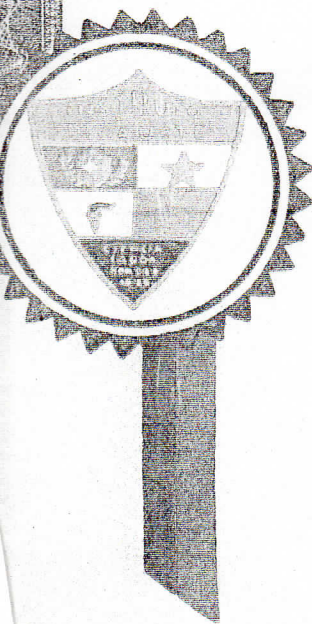
Marleny Rodríguez Fonseca

Identificada con O.T. No. 680530-04613 de BOGOTÁ

El Título de

Bachiller Clásico

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



Rector

Ameliano A. de la Cruz
BOGOTÁ

Secretario

INSTITUTO RICAUARTE
SECRETARÍA GENERAL
Grey Solís

Bogotá, D. C., 28 de Noviembre de 1986

Anotado al folio 107-R Libro de Registro No. 87

Secretario de Educación

Requisitos

Dado en Bogotá, D. C., a 28 de Agosto de 1987

I N S T I T U T O R I C A U R T E

Aprobado oficialmente en
Primaria, Ciclo Básico de
Enseñanza Media Comercial
y Bachillerato Clásico

PARA SEÑORITAS Y NIÑAS
Directora: AMELIA AMAYA DE MAYORGA

NUMERO INSCRIPCION 113

CALLE 11 No. 28 - 62

Teléfono 247 30 57

Bogotá, D. E.

Las suscritas Directora y Secretaria del **INSTITUTO RICAURTE** de Bogotá, aprobado oficialmente por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 4304 en Ciclo Básico de Enseñanza Comercial del 3 de Diciembre de 1968 y No. 6353 en Bachillerato Clásico de Diciembre 4 de 1970. Hasta nueva visita

C e r t i f i c a n :

Que la alumna MARLENY RODRIGUEZ FONSECA con T.I. No. 680530-04613 de Bogotá, cursa en este Plantel en el presente año de 1.986 el grado - ONCE DE BACHILLERATO, Jornada de la mañana, terminando sus estudios el 30 de Noviembre del presente.

En constancia de lo anterior se firma el presente en Bogotá D.E. a los 22 días del mes de Octubre de 1986.



INSTITUTO RICAURTE
SECRETARÍA GENERAL
LUCHY ACOSTA BERNALDO S.
SECRETARÍA



República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No. 22215 del 9 de diciembre de 1983

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

Marlení Rodríguez Fonseca

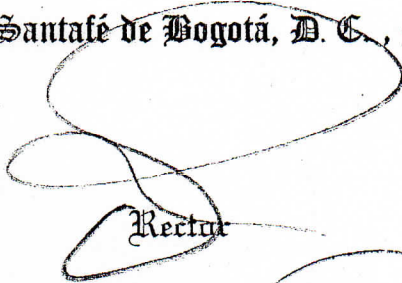
C.C. 51.904.863 de Bogotá, D.C.

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

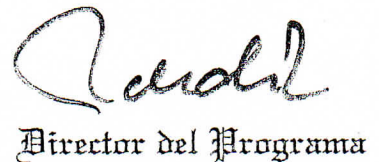
Terapeuta Respiratorio

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

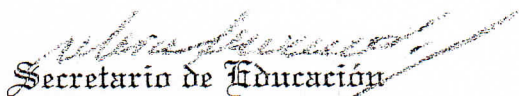
Santafé de Bogotá, D. C., Marzo 31 de 1.995.


Rector


Secretario General


Director del Programa




Secretario de Educación

Anotado al Folio 39-R

Libro de Registro No. 95

Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá, D.C.

Fecha 25 Abril 1995



Nº 0863

El Suscrito Secretario General de la FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA: Que en el Libro de Actas de la Fundación, a folios 127-129 —————, se encuentra la siguiente Acta de Grado: ACTA DE GRADO No. 064 —————. En BOGOTÁ, D.C. a los TREINTA Y UN ————— (31) días del mes de MARZO ————— de mil novecientos NOVENTA

Y CINCO (1995) siendo las 2:30 ————— de la TARDE —————

convocados por Resolución No. 034 ————— se reunieron en EL AUDITORIO DE LAS HERMANAS BETHLEMITAS —————, el Rector, Doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO

el DIRECTOR DEL PROGRAMA DE TERAPIA RESPIRATORIA PROFESIONAL Doctor JOSE CARDONA ARIAS —————; el Secretario General de la Fundación, Doctor EDGAR DAVID CEDENO LIGARRETO — para presidir y rubricar el (los) grado (s) de TERAPIA RESPIRATORIO al (los) señor (es) —.....MARLENI RODRIGUEZ FONSECA.....

..... identificado (s) con la (s) cédula (s) de ciudadanía No. (s) 51.904.863 BOGOTÁ, D.E.....

..... quien (es) cursó (cursaron) y aprobó (aprobaron) todas las materias comprendidas en el pensum y presentó (presentaron)

PRACTICAS HOSPITALARIAS

..... cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa de TERAPIA RESPIRATORIA PROFESIONAL ————— y habiéndose hecho (todos ellos) merecedor (es) a recibir el título mencionado, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según ACUERDO DE CONSEJO SUPERIOR ————— No. 053 de MAY. de 1993. Una vez leídos los documentos correspondientes, el Señor Rector 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 TERAPISTA RESPIRATORIO —————

..... con las más exigentes pulcritud y moral profesionales.

..... Previa entrega de los Diplomas, el Doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO ————— 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.) PABLO OLIVEROS MARMOLEJO , Rector.

JOSE D. CARDONA ARIAS , Director del Programa.

(Fdo.) EDGAR DAVID CEDENO LIGARRETO , Secretario General.

Es fiel copia tomada de su original, a los TREINTA Y UN (31) días del mes de MARZO ————— de mil novecientos NOVENTA Y CINCO (1995) —————

SECRETARIA



ASOCIACION COLOMBIANA
DE NEONATOLOGIA

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA CERTIFICA QUE:

MARLENY RODRIGUEZ FONSECA

Asistió al

Segundo Simposio Nacional en Enfermería y Terapia Respiratoria Neonatal

Realizado en la ciudad de Bogotá, agosto 10 de 2012,
con una intensidad de 8 horas.
Bogotá, Colombia, Agosto 10 de 2012.


Dra. Clara E. Galvis Díaz
Presidente ASCON


Dra. Leslie Ivone Martínez de la Barrera
Presidente Regional Cundinamarca



ASOCIACION COLOMBIANA
DE NEONATOLOGIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA

CERTIFICA QUE:

MARLENY RODRIGUEZ

Asistió al:

Taller teórico-práctico de VENTILACION MECANICA

**realizado en la ciudad de Bogotá el día 25 de Mayo de 2012 con una
intensidad de 8 horas**

Marta L. Colon Llamas
MARTHA L. COLON LLAMAS

INSTRUCTOR

Oscar O. Ovalle Orejarena
OSCAR O. OVALLE OREJARENA

INSTRUCTOR



ASOCIACION COLOMBIANA
DE NEONATOLOGIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA

CERTIFICA QUE:

MARLENY RODRIGUEZ FONSECA

Asistió al:

TALLER DE VIA AEREA SEGURA

Intensidad de 8 horas Bogotá, 11 de Agosto de 2012

Paula E. Ospina

4850

Jaime Velez

Asociación Colombiana de Neonatología

Certifica que:

Marlén Rodríguez

Cursó y aprobó el:

**Simposio de Enfermería y Terapia Respiratoria
Manejo Integral de la Vía Aérea en el Recién Nacido.**

Realizado en Bogotá D.C., el 14 de Octubre de 2011 con una intensidad de 4 horas

Carmen Elena Almanza

Enfermera Carmen Elena Almanza
Presidenta Capítulo Enfermería y
Terapia Respiratoria Veracruz

Clara Galvis

Dra. Clara Galvis
Presidenta Sociedad Colombiana de Neonatología

La Facultad de Medicina, el Postgrado de
Pediatría y Neonatología y la División de Educación Continuada

Otorgan el presente certificado a

Marleny Rodríguez F

Quien asistió al

XV SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGÍA "ANGELA HOYOS"
EN HOMENAJE AL DR. AUGUSTO SOLA
XV Jornadas Pediátricas

Bogotá D.C., Marzo 10, 11, 12 y 13 de 2010


Dr. Guillermo Martín Arias
Director División de Postgrados y
Formación Avanzada
Universidad El Bosque


Dr. Nicolás Ramos
Director Postgrado de Pediatría y
Neonatología
Universidad El Bosque


Dra. Luz Astrid Celis
Coordinadora Simposio
Directora UCI Neonatal
Hospital Simón Bolívar


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



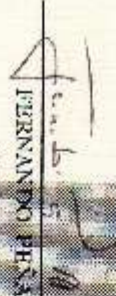
ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
INTEGRAL Y TRANSVERSAL

BOG
OTÁ
D.C.

HOSPITAL LA VICTORIA E.S.E III NIVEL
SERVICIO DE REHABILITACION
HACE CONSTAR QUE:

MARLENY RODRIGUEZ,
CON C.C. 51904863

PARTICIPO EN LA QUINTA JORNADA DE ACTUALIZACION
EN CALIDAD DE ASISTENTE CON INTENSIDAD DE 6
HORAS.


HERNANDO PENSA
GERENTE


MARIO ALBERTO POSADA ROJAS
GERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

BOGOTÁ, ABRIL 16 2010

"El Camino a la Victoria, una vía de acceso al derecho de la salud"

Diagonal 39 sur No. 3 - 20 Este Tel: 367 5766 Fax: 362 6305 www.eselavictoria.gov.co



UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
XII JORNADAS PEDIÁTRICAS
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

Certifican que:

RODRIGUEZ MARLENY

Asistió al:

III SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGÍA "ANGELA HOYOS"

Bogotá D.C. 9, 10 y 11 de Marzo de 2006


Dr. NICOLÁS RAMOS R.
Director Programas Pediatría
Universidad El Bosque


Dr. MIGUEL RUIZ R.
Decano Escuela Colombiana de Medicina


Dra. LUZ ASTRID CELIS C.
Directora UCI Neonatal Hosp. Simón Bolívar
Universidad El Bosque


Dra. MARÍA DEL ROSARIO BOZÓN G.
Directora Div. Educación Continuada
Universidad El Bosque

Universidad El Bosque

Escuela Colombiana de Medicina
Departamentos de Pediatría y Neonatología
XIII Jornadas Pediátricas
División de Educación Continuada

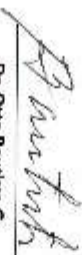
Certifican que:

RODRIGUEZ FONSECA MARLENY

Asistió al

IV SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGÍA ANGELA HOYOS "EN HOMENAJE AL DR. ENRIQUE GUTIÉRREZ SÁNCHEZ"

Bogotá D.C. 27, 28 y 29 de marzo de 2008


Dr. Otto Bautea G.
Dir. Div. Postgrados


Dr. Nicolás Ramos R.
Director Programas de Pediatría


Dra. Luz Astrid Celis
Dir. UCI Neonatal H. Simón Bolívar


Dra. María Del Rosario Bozon
Dir. Div. Educación Continuada



HOSPITAL LA VICTORIA-E.S.E

TERCER NIVEL

CERTIFICA QUE

MARLENY RODRIGUEZ F.

ASISTIO AL 1er. CONGRESO INTERNACIONAL DE
INFECTOLOGIA

"INFECCIONES Y MULTIRRESISTENCIA: UN DESAFIO Y CONTROL
EN EL NUEVO MILENIO "

DURACION: 16 HORAS

DR. LUIS GERARDO CANO V.
Gerente

DR. JUAN CARLOS TORRES A.
Pediatra Infectólogo

BOGOTÁ, 27 Y 28 DE OCTUBRE DE 2005



OTORGA

RECONOCIMIENTO ACADÉMICO

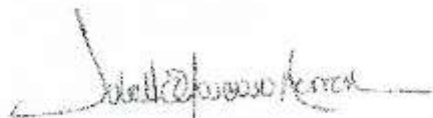
A:

La Terapeuta Respiratoria, Marlen Rodríguez por haber participado en las actividades docencia-servicio del programa de pregrado de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana, en su calidad de profesional vinculado a USS La Victoria durante el periodo 2017-I.

Este reconocimiento académico se entrega de acuerdo con lo estipulado en el literal A, artículo 17 del Decreto 2376 de 2010.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los treinta (30) días del mes de Agosto de dos mil diecisiete (2017).

En constancia firma,



JOHANNA ROCIO MOSCOSO HERRERA
Decana Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Fisioterapia

Calle 67 No. 5-27 - Tel: 348 9293
Bogotá, Colombia

www.iberomeritana.edu.co
Corporación Universitaria Iberoamericana

P. No. 0428 del 28 de Enero 1992 - M.D.N. - VICELADA VIK EDUCACION

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

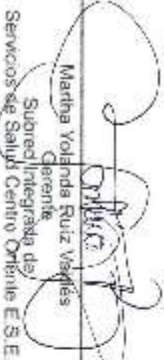
La Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
CERTIFICA QUE:

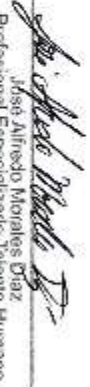
MARLENI RODRIGUEZ FONSECA
51904863

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas 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 Vardes
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


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



FACULTAD DE MEDICINA, ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA Y LA
DIVISIÓN DE EDUCACION CONTINUADA

Certifica que:

Marleny Rodríguez Fonseca

ASISTIÓ AL "IX SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGÍA "ÁNGELA HOYOS"
XIX JORNADAS PEDIÁTRICAS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Bogotá D.C., 09, 10, 11 y 12 de marzo 2016

P. Delmar

Dr. Nicolás Ramos Rodríguez
Director IX Simposio Internacional De
Neonatología
Universidad El Bosque

Ma. del Rosario Bozón

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



Fundación **INSIMED**
Instituto de Simulación Médica

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

MARLENI RODRIGUEZ FONSECA

C.C. No. 51904863

Ha participado en el Curso de:

CURSO DE REANIMACION NEONATAL

Realizado en La Fundación INSIMED el día 1 de Agosto de 2015, con una intensidad de 8 horas Teórico Prácticas.

Bogotá, D.C.

Guillermo Ortiz, M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clínica –
Center For Medical Simulation



La Empresa Social del Estado Hospital La Victoria II Nivel, certifica que

MARLENY RODRIGUEZ

Asistió a la jornada académica de actualización de conocimientos de la salud, la cual fue desarrollada el día
10 del mes 09 de 2015.

"1er ENCUENTRO MATERNO PERINATAL SEGURO"

Hernando A. Peña Díaz

Hernando A. Peña Díaz

Gerente ESC Hospital La Victoria III Nivel

LA DIVISIÓN DE POSGRADOS Y FORMACIÓN AVANZADA, LA ESPECIALIZACIÓN
DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA Y LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorgan el presente certificado a

MARLENY RODRIGUEZ TONSECA

Quien asistió y participó en las

XVIII JORNADAS PEDIÁTRICAS VIII SIMPOSIO INTERNACIONAL
DE NEONATOLOGÍA "ANGELA HOYOS"

Bogotá D.C., 12, 13, 14 y 15 de marzo de 2014



Dr. Nicolás Ignacio Ramos

Rodríguez

Director

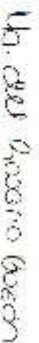
Experiencia en la Pediatría y Neonatología
Universidad El Bosque



Dr. Juan Carlos Sánchez París

Director

División de Posgrados y Formación Avanzada
Universidad El Bosque



Dra. María del Rosario Bozón G.

Directora

División Educación Continuada
Universidad El Bosque

Certificado de Asistencia

Otorgado a:

MARLENY RODRIGUEZ

Por su asistencia al Simposio

La vida a todo pulmón

Capítulo enfermería y terapia respiratoria

Bogotá, junio 21 de 2013

Juan Gabriel Piñeros, MD
Pediatra - Neonatólogo
Organizador

abbvie

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria Deco Dading
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Marceny Rodríguez R 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:

Terapeuta

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Marceny Rodríguez RNo. de documento: 5.904.863Tarjeta profesional No: 5.904.863Dirección de contacto: F 870 # 127-59Teléfono: 3204392315

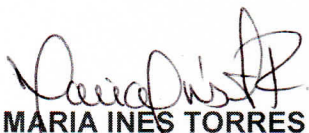
**LA PROFESIONAL ESPECIALIZADA REFERENTE DE GESTION DEL TALENTO
HUMANO
DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL**

C E R T I F I C A

Que la señora **MARLENY RODRIGUEZ FONSECA** identificada con cédula de ciudadanía No. 51.904.863 de Bogotá, estuvo vinculada del 11 de diciembre de 1991 al 4 de julio de 2012 en el empleo de Profesional Universitario Área de la Salud – código 237 – Grado 12 – Nivel Profesional – Área de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico - Empresa Social del Estado – Hospital La Victoria.

Se expide en Bogotá D.C., a los seis días (06) del mes de diciembre de 2012.

Atentamente,



MARIA INES TORRES PINTO
Profesional Especializado Talento Humano

Proyectó: Francy Waltero Vega. Secretario Área de Gestión Talento Humano

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.904.863**
RODRIGUEZ FONSECA

APELLIDOS

MARLENI

NOMBRES

Marleny Rodriguez F.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

22-SEP-1986 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

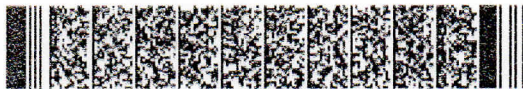
Carlos Ariel Sánchez
REGISTRADOR NACIO
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TO

NDICE DERECHO

A-1500150-00173890-F-0051904863-20090820

00155100151

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14229705011



(415)7707212489984(8020) 000001422970501 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 1 9 0 4 8 6 3 - 5

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 1 9 0 4 8 6 3

27. Fecha expedición:

1 9 8 8 0 5 3 0

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

RODRIGUEZ

32. Segundo apellido

FONSECA

33. Primer nombre

MARLENI

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección

CR 87 A 127 59 IN 2 CA 49

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

8 0 7 2 3 4 5

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

1 9 9 3 0 2 0 2

Actividad secundaria

48. Código:

48. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1

2

Otras actividades

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades

53. Código:

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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 3 0 2 1 1

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

M. G. Rodríguez Fonseca

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

BOHORQUEZ ARIZA RICARDO IVAN

985. Cargo:

Gestor II



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 14-03-2015

Hora: 11:18:48 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 51904863-5 MARLENI RODRIGUEZ FONSECA

Información

Dirección KR 87 A 127 59 IN 2 CA 49

Teléfonos 8072345-3204392315

Dirección

Fax

Información de

Fecha Inscripción 14/03/2015

Soporte Inscripción 16544812

Fecha Inicio Actividades 02/02/1993

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

EXP

09-04-2003



RODRIGUEZ FONSECA

MARLENI

CC 51904863

SALUD

TERAPEUTA RESPIRATORIO (A)

Marleny Rodriguez Fonseca

04 JUL. 1995

"Por la cual se registra e inscribe un titulo"

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegacion conferida por las resoluciones
numero 2085 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanada del
Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que RODRIGUEZ FONSECA MARLENI ***** identificado(a) con cedula de ciudadania numero 51904863 expedida en BOGOTA *****, solicita el registro de su TITULO ***** de TERAPEUTA RESPIRATORIO ***** que le otorgo LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA ***** el 03/31/1995 e inscripcion para ejercer su profesion en el territorio de Santafe de Bogota D.C.

Que El DIPLOMA se encuentra debidamente refrendado por la Secretaria de Educacion al folio 39 B del libro 95 de 1995

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO * _ Registrar el TITULO ***** que autoriza a RODRIGUEZ FONSECA MARLENI ***** , identificado(a) con la cedula de ciudadania Nro. 51904863 , expedida en BOGOTA ***** para ejercer la profesion de TERAPEUTA RESPIRATORIO ***** en el Territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO - Inscribir a RODRIGUEZ FONSECA MARLENI ***** , para ejercer su profesion en Santafe de Bogota, D.C.

ARTICULO TERCERO - La presente Resolucion rige a partir de la publicacion en el diario oficial a costa del interesado quien debiera allegar el recibo de pago correspondiente.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogota, D.C. a los

04 JUL. 1995

Original Firmado por
BEATRIZ LONDOÑO SOTO
BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Secretario Distrital de Salud

ORIGINAL FIRMADO POR:
FERNANDO FLOREZ ESPINOSA
FERNANDO FLOREZ ESPINOSA
Subsecretario General



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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

51904863

Primer Nombre *

MARLENI

Primer Apellido *

RODRIGUEZ

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General - 2018-12-11 → 11:42:44 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	51904863	MARLENI		RODRIGUEZ	FONSECA	Ver

Información Detallada [CC: 51904863] MARLENI RODRIGUEZ FONSECA

2018-12-11 → 11:42:44 AM

Información Académica

Tipo Programa Origen Obtención Título Profesión u Ocupación

UNV

Local

Terapia respiratoria

1995/7/07

Entidad Reportadora

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).

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: Marleny Rodríguez

Identificación: _____

Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B	1	28-4-12	0431045	Pilar B.

© 2000 Sanofi Pasteur

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: MARLENY RODRIGUEZ

Identificación: _____

Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	1	28-4-12	0431045	Pilar B.
HB	2	28-4-12	0431045	Pilar B.

© 2000 Sanofi Pasteur

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 12 / 11 / 2016
Nombre Marleny Rodríguez Fonseca
Identificación 51904863V
Fecha de nacimiento 30 / MAYO / 1968 Edad 42
Cargo Terapeuta Respiratoria
Género MASCULINO α FEMENINO α
Empresa Unidad Victoria
Empresa usuaria _____

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO α PERIODICO α EGRESO α OTRO α

CONCEPTO

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

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen medico Satisfactorio
VISIOMETRÍA α
AUDIOMETRÍA α
ESPIROMETRÍA α
EXAMENES PARACLÍNICOS α
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES buena postura, peso
de 60 kg, 164 cm, 50 kg
estatura correcta y Control de peso

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

Paciente

Marleny Rodríguez
Firma del paciente

Nombre α

Cedula 51904863

Nombre, firma y sello del médico

Registro médico 114388

Licencia en S.O. 14858

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:

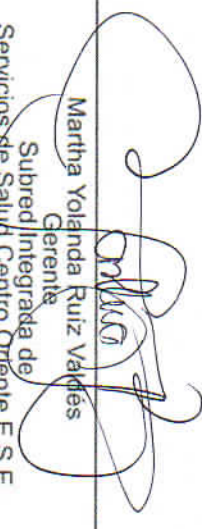
MARLENI RODRIGUEZ FONSECA
51904863

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas 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.



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARLENI RODRIGUEZ FONSECA

Con Cedula de Ciudadania No. 51904863

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los dieciocho (18) días del mes de junio de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR

CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

53166238 - 18/06/2018

FECHA REGISTRO

 <p>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</p>				<p>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>	
<p>SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT</p>					
FECHA: 10-12-2018		CIUDAD: Bogotá		DEPARTAMENTO: condinamarca	
<p>Destinado 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.</p>					
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☒	SERVIDOR PÚBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL: <input type="text"/>
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO: Rodríguez		SEGUNDO APELLIDO: Fonseca		PRIMER NOMBRE: Marleni	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): Bogotá		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 22-sep-1986	
CC ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUP ☐		
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO: 30 May 68		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá		PAIS NACIMIENTO: colombia	
ESTADO CIVIL: CASADA ☒		PERSONA A CARGO:		NACIONALIDAD: colombiana	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA		NÚMERO DE HIJOS:		TELÉFONO CELULAR: 3204392319	
MAESTRO ☐		POSGRADO ☐		UNIVERSITARIO ☒	
BACHILLER ☐		PRIMARIA ☐		TÉCNICO ☐	
Tecnólogo ☐		CUAL: <input type="text"/>		PROFESIÓN: Terapeuta Respiratoria	
DIRECCIÓN RESIDENCIA: K 87ª # 124-59		CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá		DEPARTAMENTO: condinamarca	
CORREO ELECTRÓNICO: marlenyfonseca.rodriguez@gmail.com		PORTAL O PÁGINA INTERNET:		PAIS RESIDENCIA: colombia	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene):		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☒		FAMILIAR ☐		ARRENDADA ☐	
TELÉFONO TAX:		PAIS:		TELÉFONO TAX:	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:		NÚMERO IDENTIFICACIÓN:		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio):	
CC ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUP ☐		
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	
NACIONALIDAD:					
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:					
ASALARADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HUSAR ☐	
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☒		COMERCIANTE ☐	
PROFESIONAL ☐		EMPLEADO ☐		EMPLEADO PÚBLICO ☐	
OBRERO ☐		OTRO ☐		CUAL: <input type="text"/>	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒		IVA: SI ☐ NO ☒	
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒		PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA: ☐	
FONCIONARIO PÚBLICO: SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA: sub red integrada centro oriente	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒		EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		NIT: 90959051-7	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:		TELÉFONO: 3725610		CIUDAD/MUNICIPIO: Bogotá	
CARGO ACTUAL: Terapeuta Respiratoria		DEPARTAMENTO: condinamarca		PAIS: colombia	
FECHA VINCULACIÓN: 11-12-91					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS:		VENTAS ANUALES:		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD:		FECHA CONSTITUCIÓN:		TIPO SOCIEDAD:	

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	2'200.000	ASCIEROS		SALDO HIPOTECA	
RENTAS	2'800.000	ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TESOREROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2'800.000	TOTAL EGRESOS	2'200.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
(Anexo al formulario al cliente o Contraparte y debe ser firmado en el presente formulario)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Quintero	Melo	CAMPOS	
DIRECCION	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
cl 13 - 85 - 74	Bogota	Amiga	3115611870

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
daviivienda	Ahorros	00010200612	20 de julio	3300000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CUIDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

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

Terapeuta Respiratoria.

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 admitir 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 efectuar 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 destinarán 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 numerados 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 mí 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 fueron requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asestado: Certificado 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/Contratista 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 fiscal 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el RUT Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos 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 INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 utilización no requerirá 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 - 13, 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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprenden las actividades de prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El manejo de voluntades de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que cubren d) El control y la prevención del riesgo e) La liquidación y pago de cuentas f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud i) Envío de información relativa a momentos de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud k) Envío 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 regulaciones 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 computados, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociados o vinculados 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 con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros e) A la UIAF, Fasecolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de riesgos, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración 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 harán 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 capítulo XI del Título 1 de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, me 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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 comparten, transmiten, transfieren, entregan o divulgan, 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 - 13 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: carla@subredcentroorientee.se) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, (UNICAR DIRECCIÓN CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: 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 mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

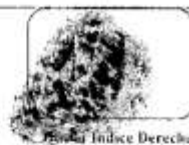
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientee.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES "

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Marcos Rodríguez Fajardo

Firma Cliente / Representante Legal



Presión Índice 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:	



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) MARLENI RODRIGUEZ FONSECA identificado(a) con cedula ciudadanía 51.904.863 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10533173

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MARLENI RODRIGUEZ FONSECA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **51904863**, se encuentra afiliado (a) desde **31/01/1996** 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
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/02/2009	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 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.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51904863

Número de Documento

SURA

ARL

Marleny

Primer Nombre

Segundo Nombre

Rodriguez

Primer Apellido

Fonseca

Segundo Apellido

00 05 1948

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

1872412759

Dirección de Residencia

8072345

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$ 2'600.000

Honorarios

Terapeuta Respiratoria

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

marleny.rodriguez.fonseca@gmail.com

Correo Electrónico

3204392315

Celular



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118801573



WEB

16:46:41

Hoja 1 de 01

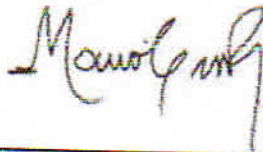
Bogotá DC, 04 de diciembre del 2018

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) MARLENI RODRIGUEZ FONSECA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51904863:

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.



Bogotá D.C., 4 de Diciembre de 2018 - 16:43 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) **MARLENI RODRIGUEZ FONSECA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES** de BOGOTÁ, D.C.

51904863

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 figuren 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.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_GIZX6_4316**
Link de verificación → <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

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 martes 04 de diciembre de 2018, a las 16:45:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51904863
Código de Verificación	51904863181204164536

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:42:55 horas del 04/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 51904863

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ FONSECA MARLENI**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá D.C.
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
COLOMBIA,

2017/11/22

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **MARLENI RODRIGUEZ FONSECA**
con Cédula de Ciudadanía número 51904863
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 009070200622

Fecha Apertura 2001/09/11

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

