

Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario		
DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA	maryoclass@hotmail.com	22/12/2017 05:47:46 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	22/12/2017 05:52:40 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Activo	Editar	Detalle

DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA

OPCIONES

Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA
Nombre del contacto: DERLY MARYORY PESCA ARB
T. | M. 3142069701
correo electrónico del contacto:maryoclass@hotmail.co

Ver detalle »

Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible

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: 23-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PESCA	ARBOLEDA	DERLY MARYORY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52854990	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES NOV AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 11 este 0 65

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7772200

EMAIL maryoclass@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 academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES AGOSTO AÑO 2011
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		Técnico auxiliar de enfermeria			

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: subredcentrooriente@gmail.gov.co
TELÉFONOS: 2091480	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 10 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: salud publica		*DIRECCIÓN*: kr 7 a 30 d44 sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 7 MES 10 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA 23 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: vigilancia sanitaria		*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 34 N°5 43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hospitalcentroriente@gmail.com
TELÉFONOS: 2330716	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: salud publica		*DIRECCIÓN*: kr 2 4 10

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: 23-ene-2019

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: REDES HUMANAS CRUZ ROJA COLOMBIANA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: REDEH@ORG.COM
TELÉFONOS: 4440200	*FECHA DE INGRESO*: DIA 26 MES 9 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 1 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS		*DIRECCIÓN*: CRA 46 No. 44 44

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE LA VICTORIA III NIVEL ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.hplavictoria@gmail.com
TELÉFONOS: 2891100	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 5 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: urgencias		*DIRECCIÓN*: DG 39 SUR 3 20 ESTE

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN BLAS I NIVEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hospitalsanblas@gmail.co
TELÉFONOS: 2891100	*FECHA DE INGRESO*: DIA 20 MES 9 AÑO 2009		*FECHA DE RETIRO*: DIA 2 MES 8 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: central de esterilizacion		*DIRECCIÓN*: TRV 5 ESTE 19 50

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	8	10

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: 23-ene-2019

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	10

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

BOGOTA 23-01 2019

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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: 23-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52854990 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cra 11 este 0 65 **Teléfonos** 3142069701 7772200

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GLORIA ELENA ARBOLEDA	51595084	MADRE
JOSE IGNACIO PESCA	19307350	PADRE
HAROL ASDRUVALVASGAS PESCA	1023956446	HIJO(A)
JONATHAN ARLEY VARGAS PESCA	1026302750	HIJO(A)
NEFERET DAZA PESCA	1034308187	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.200.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.200.000,00

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	008400729946	20 DE JULIO	$ 500.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	MOTO	$ 2.000.000,00

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

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: 23-ene-2019

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
José Alexander Daza Velandia	C.C ⊗ C.E ○ T.I. ○	79901140

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 23-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre
FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 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 Santafé de Bogotá D.C.

Que : Pesca Arboleda Derly Maryori

Curso y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley
Con una intensidad de 1800 horas

Técnico Laboral en

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FUNDACION DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

Presidente
Roberto Galindo G.

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramírez

Dado en Bogotá D.C., A los 21 días del mes de Diciembre de 2006
Anotado en el folio 5086 del libro 04 del Registro de Fusdesa

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Aulas Colombianas San Luis

Institución Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, Distrito Capital
según Resolución No. 2096 del 18 de Julio de 2002

Confiere a:

Derly Maryory Pesca Arboleda

C.C. No. 52.854.990 de Bogotá D.C.

el título de

Bachiller Académico

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

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL AULAS COLOMBIANAS SAN LUIS

José Hidalgo Restrepo Bermeo
C.C. No. 17.666.756 de Doncello
Rector

Yolanda Negret S.

Yolanda Negret Salamanca
C.C. No. 51.892.632 de Bogotá
Secretaria

Anotado al Folio No. 14 del Acta General
de Graduación No. 029 de fecha 27 de agosto de 2011

Dado en Bogotá D.C. a los 27 días del mes de Agosto de 2011

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
"FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 016

En Bogotá, D.C. El día 19 de Diciembre del Año dos mil seis (2006), se Reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, el Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el Cuerpo de Docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 5086

Pesca Arboleda Derly Maryori

C.C. 52.854.990 de Santafé de Bogotá D.C.

El certificado que lo (a) acredita como :

Técnico Laboral
Auxiliar de Enfermería

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley con una intensidad de 1.800 horas.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Veintiún (21) días del mes de Diciembre del año dos mil seis (2006)

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

Presidente
Roberto Galindo G.

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramírez

Acta de Grado

Colegio

Aulas Colombianas San Luis

Institución Educativa Distrital

Carrera 11 Este 0 -21 Teléfono - Fax 3281041

Bogotá, D.C.

Inscripción S.E.D.
Dane: 51100100422
Codigo ICFES 102582

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de agosto de 2011 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado jornada nocturna, los suscritos Rector y respectiva Secretaria Académica en la Rectoría del Colegio Aulas Colombianas San Luís Institución Educativa Distrital, Institución aprobada hasta nueva orden en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad académica, según Resolución No. 2096 del 18 de julio de 2002 y Resolución de Nominación No. 2078 del 18 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 se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos, y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Derly Maryory Pesca Arboleda

C.C. No. 52.854.990 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del acta original general No 029 de fecha 27 de agosto de 2011 que consta de 24 alumnos graduados, comienza con el nombre de Cabeza Fonseca José Joaquín C.C. No. 80724520 de Santafé de Bogotá y se cierra con el nombre de Triana Pedreros Laura Liliana C.C. No. 1.010.168.889 de Bogotá D.C.

Firmada por José Hidalgo Restrepo Bermeo (Rector) y Yolanda Negret Salamanca (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C., el 27 de agosto de 2011

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7º. del decreto 180 de 1.981.
No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según decreto No.921 del 6 de mayo de 1.994 de Gobierno Nacional

José Hidalgo Restrepo Bermeo
C.C. No. 17.666.756 de Doncello (Caquetá)
Rector

Yolanda Negret S.

Yolanda Negret Salamanca
C.C. No. 51.892.632 de Bogotá
Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DERLY MARYORI PESCA ARBOLEDA

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.854.990

Participó en el curso

FUNDAMENTOS DE INFORMATICA

Con una duración de 20 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D. C a los Veinte (20) días del mes de Octubre de Dos Mil Ocho (2008)

NESTOR ROMERO LOPEZ
COORDINADOR DE FORMACION PROFESIONAL CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2008CP00335 20/10/2008
No Y FECHA DE REGISTRO

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO– GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

CÓDIGO: ET-GT-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-11-25

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion de Socorristas desarrollo y accion Fusdesa.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Deely Maryory Pesca Arboleda 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:

Auxiliar de Enfermeria.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52 854 990

Tarjeta profesional No: 52 854 990

Dirección de contacto: Kr 11 este 0 65

Teléfono: 314 206 9701

Scanned by CamScanner

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

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **DERLY MARYURY PESCA ARBOLEDA**, identificada con cedula de ciudadanía N 52.854.990, prestó sus servicios en el Plan de Intervenciones colectivas (PIC) , mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº Contrato	Fecha inicio	Plazo	Valor
02-PS-2316-2016	10/10/2016	31/03/2017	$ 8.026.667
PS-3693-2017	17/04/2017	30/08/2017	$ 6.700.000

Contrato 02-PS-2316-2016

OBJETO
PRESTAR SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL COMPONENTE DE VIGILANCIA AMBIENTAL, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 833/2016 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Contrato PS-3693-2017

OBJETO
PRESTAR SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 09 de junio de 2017

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

EL SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.

HACE CONSTAR QUE:

La señora **DERLY MARYORY PESCA**. identificada con cédula de ciudadanía No. **52.854.990** de Bogotá, desarrolla sus actividades como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** mediante contrato de prestación de servicios desde el 28 de Septiembre de 2009, con una compensación mensual promedio de **NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($ 988.000)**, sin que este genere relación laboral entre las partes.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de octubre de 2014.

OSWALDO BORRAEZ GAONA
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E.

Aprobó: Karin Yalem Caceres Ortigoza Abogada Oficina Jurídica
Revisó: Cesar Segura Oficina de Contratación
Proyectó: Lady Fernanda Cárdenas Oficina de Contratación

Redes Humanas S.A.
Servicios Temporales

Bogotá, Marzo 13 de 2015

Señores
PORVENIR
Ciudad

Respetados señores:

Con la presente estamos informando que el señor (a) Pesca Arboleda Derly Maryory, identificada (o) con cédula de ciudadanía 52854990, laboró con la Compañía hasta el día 31 de Enero de 2015.

Lo anterior con el fin de que le sea tramitado el pago de las cesantías Consignadas a esta Entidad.

Cordial saludo,

REDES Humanas S.A. NIT 830 035.650-1

ANGIE RODRIGUEZ
Analista De Nominas
Tel. 2560200 ext. 116

ISO 9001 icontec
I Net

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.854.990**

PESCA ARBOLEDA

APELLIDOS

DERLY MARYORY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1979**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-FEB-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00488716-F-0052854990-20131007 0035333449A 1 1462551588

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14331536932

(415)7707212489984(8020) 000001433153693 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 52854990 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico: 32

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 13	52854990	19990205

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PESCA	ARBOLEDA	DERLY	MARYORY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 7 ESTE 27 A 30 SUR

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
maryoclass@hotmail.com		3142069701	

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
8692	2006 12 01	8299	2006 12 01				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadoras

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: 20150330

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: ACOSTA MORALES DIANA PATRICIA

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO GENERADO CON FINES INFORMATIVOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 07-04-2015
Hora: 3:59:38 PM

CONTRIBUYENTE CC 52854990 DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA

Información

Dirección	CR 7 ESTE 27 A 30 SUR
Teléfonos	3142069701
Dirección	maryoclass@hotmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	07/04/2015
Soporte Inscripción	16416189
Fecha Inicio Actividades	01/12/2006
# 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: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ HUMANA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



DERLY MARYORY

PESCA ARBOLEDA

C.C. o C.E. 52854990

Secretaría de

SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 22/05/2007

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTA

Resolución No 1686 *de* 16/02/2007

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) PESCA ARBOLEDA DERLY MARYORY Identificado(a) con CC número 52854990 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 21/12/2006 y registrado en el libro 4 Folio 5086 año 2006

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 PESCA ARBOLEDA DERLY MARYORY identificado(a) con CC número 52854990 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 16/02/2007

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Directora de Desarrollo de Servicios.

Bogotá, D.C 22 Mayo 2007
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Derly Maryori Pesca A.
CC. # 52854990
Firma

Elaboro :Víctor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

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 *

52854990

Primer Nombre *

DERLY

Primer Apellido *

PESCA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52854990	DERLY	MARYORY	PESCA	ARBOLEDA	Ver

Información Detallada [CC: 52854990] DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2007/2/16	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).

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Daly

Apellidos: Pesca

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52854990

Fecha de Nacimiento: Día. Mes. Año.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5		compensar salud	
Contra Hepatitis B	1	24 ENE. 2019	AHBCUIAF	Isabel Enciso
	2	24 FEB 2019		
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: Subred de Salud Centro Oriente				
Dir :		Nit :		
Fecha: Marzo 26/2018	Cargo: Auxiliar de Enfermería.			
Tipo de examen	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas —

Trabajador

Apellidos Pesca Arboleda	Nombres Derly Maryory		
ID: 52.854.990	Tel:	Sexo F.	Edad 38
Profesión: auxiliar de Enfermería.		Diestro Si	Zurdo —

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional Si	Visiometría —	Audiometría —
Radiografía —	Electrocardiograma —	Espirometría —
Glicemia —	Colesterol , —	Triglicéridos —
Otros —		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones —	Puede continuar su labor —
Apto con restricciones que no limitan su labor Si	Puede continuar con reubicación laboral —
Apto para el cargo —	Examen de retiro satisfactorio —
Aplazado por restricciones —	Examen de retiro con patología —
Apto para trabajo en alturas. No	No apto —

Restricciones médicas ocupacionales
Control Secuelas Tenoplastia Manguito Rotador Der por la E.P.S. o ARL. — No levantar peso brazo derecho.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal Si	Valoración por: —
Hacer pausas activas. Si	Reubicación laboral temporal. —
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. Si	Rehabilitación ocupacional. —
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias —
Otras —	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL.
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. Nº 15006/2015 S.D.S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

C.C. 52954990

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.

v 1- 2.018

SENA

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 52.854.990 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de ATENCION EN SOPORTE VITAL BASICO con una intensidad horaria de Veinte (20) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

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

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

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

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

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

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

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

FECHA:	23-01-2019	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA.

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
PESCA	ARBOLEDA	DERLY	MARYORY		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52854990	BOGOTA	1999 02 05
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
20 11 1979	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	2	1	3142069701

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 11 ESTE O 65	BOGOTA	BOGOTA.	COLOMBIA	7772200

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
maryoch556@hotmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OAZA	VELANDIA	JOSE	ALEXANDER

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79901140	BOGOTA	1996 04 02	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	Digitar el codigo del rut	8692
		NO ☒	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT	900990517

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 5-43	3444484	BOGOTA.	BOGOTA.	COLOMBIA.

CARGO ACTUAL	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2016-OCT-10.

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	0 $ 0	GASTOS FAMILIARES	700.000 $ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	1550.000 $ 0	ARRIENDOS	300.000 $ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	0 $ 0	CUOTA VEHICULO	0 $ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	0 $ 0	CUOTA VIVIENDA	0 $ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	0 $ 0	OTROS EGRESOS*	0 $ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	SEGURIDAD SOCIAL.		

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASTILLO	GUTIERREZ	ANA	GABRIELA.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CL 35B SUR 7-09	BOGOTA	AMIGA	3046029671

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA.	CUENTA DE AHORROS	00940072914	20 DE JULIO	3383938

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su profesión TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude***,(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA identificado(a) con CC 52854990 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**15/04/2015**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO**
Categoría:	**A**

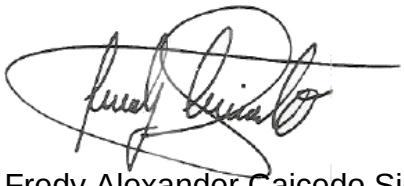
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 23 días del mes de enero del año 2019 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NEFERET DAZA PESCA identificado(a) con RC 1034308187 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**02/07/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO**
Categoría:	**A**

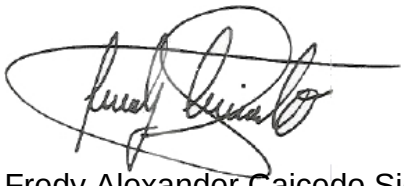
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 23 días del mes de enero del año 2019 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JONATHAN ARLEY VARGAS PESCA identificado(a) con CC 1026302750 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios: **15/04/2015**

Estado de la Afiliación: **CANCELADO**

IPS:

Categoría: **A**

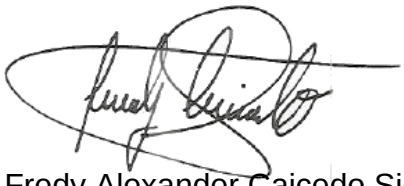
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 23 días del mes de enero del año 2019 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE ALEXANDER DAZA VELANDIA identificado(a) con CC 79901140 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**15/04/2015**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO**
Categoría:	**A**

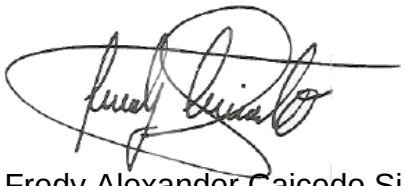
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 23 días del mes de enero del año 2019 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

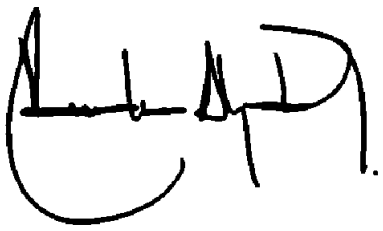
EPS FAMISANAR S.A.S.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,854,990**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Enero de 2019.



_____
Gerente de Clientes

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52854990	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

DERLY	MARYORY	PESCA	ARBOLEDA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

20-11-1979	BOGOTA	KR 11 ESTE 0 65	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

FAMISANAR	PORVENIR.	$ 1550.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

maryackass@hotmail.com.	3142069701
Correo Electrónico	Celular

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121183370

WEB
16:08:09

Bogotá DC, 23 de enero del 2019

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) DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52854990:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 23 de enero de 2019, a las 16:12:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52854990
Código de Verificación	528549901901231612 33

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. 2721387

Bogotá D.C., 23 de Enero de 2019 - 16:10 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) **DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA** de BOGOTA D C.

52854990

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_DVHB1_1016
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:15:21 horas del 23/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52854990**
Apellidos y Nombres: **PESCA ARBOLEDA DERLY MARYURI**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. 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. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2018/03/26
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora DERLY MARYORY PESCA ARBOLEDA
con Cédula de Ciudadanía número 52854990
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	008400729946
Fecha Apertura	2015/05/22

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0063 - OFICINA BARRIO RESTREPO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA