

Colombia Compra Eficiente

Acceder al contacto | UTC -5 14:42:30

Buscar por proces | Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página:: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA,

LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA con el NIT 1032405844 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GONZALEZ	HERRERA	LUISA FERNANDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1032405844

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES ENE AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

kr 1B 36 C 46 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5689891

EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2005
										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	4	X		TECNICO EN ENFERMERIA	12	2007	1032405844

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

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*
SUBRED INTEGRADA SERVICIOS SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	santaclaracitas@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 8 MES 7 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	DIAGONAL 34 No 5-43

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	1	4
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento 13-Diciembre-2018 Bogotá

Luis Fernando Gonzalez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1032405844 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección kr 1B 36 C 46 SUR **Teléfonos** 3104772714 5689891

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALISON TATIANA OVIEDO GONZALEZ	1011082824	HIJO(A)
DOMINICK PARRA GONZALEZ	1013670321	HIJO(A)
LUIS EDUARDO GONZALEZ GARCIA	19477927	PADRE
LUZ MERY HERRERA ACOSTA	51742158	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 16.800.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 16.800.000,00

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
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	10267783-8	AV PRIMERA	$ 30.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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: 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
CAMILO ANDRES PARRA TOCASUCHE	C.C ⊗ C.E ○ T.I. ○	1023907600

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

Juan Fernando Gonzalez Herera

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia y en su nombre el Colegio

CENCABO

Centro de Capacitación Bolívar

Con autorización Oficial según Resolución No. 1529 Mayo 8 de 2000 emanada de la Secretaría de Educación D.C.

Confiere a:

LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA

C.C. No. 880124-59658 de Bogotá

El título de

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media, según los planes y programas vigentes.

CENTRO DE CAPACITACION BOLIVAR RECTOR BOGOTA, D.C. CENCABO

Rector

CENTRO DE CAPACITACION BOLIVAR SECRETARIA GENERAL BOGOTA, D.C. CENCABO

Secretaria General

Folio 076 *Libro de registro* 016

Dado en Bogotá D.C., a los 22 días del mes Diciembre de 2005

República de Colombia

INSTITUTO DE EDUCACION INGABO Ltda

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con autorización oficial según Acuerdo 25 del 4 de Marzo de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de julio de 1998 de Minsalud y la Resolución No.300 del 8 de febrero de 1999, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C. Resolución 3065 del 19 de julio de 2005 Acuerdo No. 6 del 4 de Noviembre de 2004 Min Protección Social - Resolución 0011 de febrero 03 de 2005

Técnico Laboral

A: *Luisa Fernanda González Herrera*

c.c 1.032.405.844 de BOGOTÁ

Quién cursó y aprobó satisfactoriamente los requisitos exigidos en el programa de:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Con una duración de 1.860 horas

Dado en Bogotá, D.C, a los 03 días del mes de DICIEMBRE de 2007

Rosa Fuchia Rada Vera
El Director

Secretaria

Registro folio No. 45/32 del libro de Certificados No. 2

ACTA DE GRADO

El Colegio

CENCABO

CENTRO DE CAPACITACION BOLIVAR

En la ciudad de Bogotá, a los 22 días del mes de Diciembre de 2005 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria de la Institución, aprobada por la Secretaría de Educación del Distrito mediante la Resolución 1529 de Mayo 8 de 2000 e inscripción Dane 311001-92538 hasta nueva visita, en el nivel de Educación Media.

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

LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA

C.C. No. 880124-59658 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 016 del 22 de Diciembre de 2005 que consta de 72 alumnos que inicia con el nombre de ALARCON RIVERA JORGE ENRIQUE y culmina con el nombre de ZAMBRANO CARDENAS JAIRO ALEXANDER.

Firmado y sellado por DAVID ROMERO DÁVILA (Rector) y NELLY OVALLE (Secretaria).

CENTRO DE CAPACITACION BOLIVAR
RECTOR
Rector

CENTRO DE CAPACITACION
Secretaria

Instituto de Educación Ingabo Ltda

Con autorización oficial según Acuerdo 25 del 4 de Marzo de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de julio de 1998 de Minsalud y la Resolución No.300 del 8 de febrero de 1999, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C. Resolución 3065 del 19 de julio de 2005 acuerdo No. 6 del 4 de Noviembre de 2004 - Resolución 0011 de febrero 03 de 2005 Acuerdo 62 de Octubre /05. Resoluciones 750/27/07 5190 dic 16/2005

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN DE TÉCNICO LABORAL

Registro 45 Folio 32 Libro 2

En la Ciudad de Bogotá a los Veintiocho (28) días del mes de Noviembre del año 2.007, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO LTDA**, con el fin de formalizar Acta de Certificación de los alumnos (as) de Técnico **Auxiliar de Enfermería;** Institución aprobada hasta Nueva Visita según Acuerdos N°. 25 de Marzo 4 de 1.998 y 27 de Julio 2 de 1.998 del Ministerio de salud y Resolución N°. 300 del 8 de Febrero de 1.999 emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá. Resolución N°. 3065 del 19 de Julio de 2005, Acuerdo N°. 6 del 27 de Octubre de 2005 y Resoluciones N°. 750 de 2007 y 5190 del 16 de Diciembre de 2005 de la Secretaría de Educación. Comprobada la situación Legal y Académica de cada una uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Programa, se procedió a otorgar la Certificación de **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

LUISA FERNANDA GONZÁLEZ HERRERA

C.C. N° **1.032.405.844** de BOGOTÁ

Es fiel copia del Acta Original General N°. 18 de fecha 28 de Noviembre de 2.007, que consta de 126 alumnos que comienzan con el nombre de **LEILA MARCELA ACOSTA CASTIBLANCO** y se cierra con el nombre de **INGRID CATALINA VILLABÓN LANDINEZ** firmado por:

ROSA A. RADA MORA
DIRECTORA
C.C. No. 39.716.620 de Bogotá

MARIA GERTRUDIS AVELLANEDA
SECRETARIA GENERAL
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los **03** días del mes de **Diciembre** de **2007**

República de Colombia

INSTITUTO DE EDUCACION INGABO Ltda

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con autorización oficial según Acuerdo 25 del 4 de Marzo de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de julio de 1998 de Minsalud y la Resolución No.300 del 8 de febrero de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C. Resolución 3065 del 19 de julio de 2005 Acuerdo No. 6 del 4 de Noviembre de 2004 Min. Protección Social. acuerdo 62/27 de Octubre 2005 - Resoluciones 750/2007 y 5190/16 de diciembre /2005

Certifica:

Que: **Luisa Fernanda González Herrera**

C. C **1.032.405.844 DE BOGOTÁ**

Realizó Prácticas de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

En **HOSPITAL SAN CRITOBAL Y USME**

Duración **600 Horas**

Rosa Aurelia Rada Mora

Directora

BOGOTÁ, 03 DE DICIEMBRE DE 2007

Ciudad y Fecha de Expedición

compensar | unipanamericana
fundación universitaria

Unipanamericana Fundación Universitaria Panamericana P.J. Resolución 11941 de 19 de diciembre de 2011 sujeta a inspección y vigilancia del M.E.N

Certifican que

Luisa Fernanda González Herrera

C.C. 1032405844

Asistió al:

Taller de Servicio al Cliente

Realizado el 27 de Julio de 2013
Con una intensidad de 4 horas.

Se expide en Bogotá, a los veintidos (22) días del mes de Agosto 2013

VIGILADO

Aida Judith Daza Pinzón
Gerente de Servicios Empresariales

Con el respaldo de:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.032.405.844

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D. C. a los Treinta Y Un (31) días del mes de Marzo de Dos Mil Nueve (2009)

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

31/03/2009
Fecha Registro

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a
LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA
Con Cédula de Ciudadanía No. 1.032.405.844

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma
Administrar inmunobiológicos según delegación y de acuerdo con técnicas establecidas en relación con los principios éticos y los legales vigentes.

Codigo 230101800
En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogota D. C. a los diecinueve (19) días del mes de enero de dos mil once (2011)

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

SGC2010NC01100 09/12/2010
No Y FECHA DE REGISTRO

Vigencia
09 DE Diciembre DE 2013

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias

Certifica que

LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA

1,032,405,844

Aprobó al Curso Taller de

Primer Respondiente

Intensidad horaria de (8) ocho horas

Bogotá – Colombia, Enero 28 de 2010

Validez dos (2) años

"El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Manuel Antonio Villamizar Mejía

Director Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

OCRUE BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG BOGOTÁ POSITIVA GOBIERNO DE LA CIUDAD

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO 001

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA, SEGUN RESOLUCION No 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004 Y APROBACIÓN OFICIAL POR EL MINISTERIO DE SALUD MEDIANTE EL ACUERDO EJECUTIVO No 058 DEL 16 DE MARZO DE 2004.



HACE CONSTAR QUE:

LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA

C.C 1.032.405.844

Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Basico
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 07 días del mes de Julio del 2016

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Héctor M. Chala
Gerente

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:

LUISA FERNANDA GONZALEZ

C.C.: 1032405844

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

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

BOGOTÁ MEJOR

E.S.E.
Hospital
San Cristóbal
NIT 800.256.539-0

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de Contratación, se constata que **LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA,** identificada con cedula de ciudadanía **N° 1.032.405.844 de Bogotá,** suscribió con la ESE San Cristóbal las siguientes Órdenes de presentación de servicios:

Nº Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
441-2008	$ 2.120.000	15/04/2008	DOS MESES
ADC 441	$ 1'590.000	15/06/2008	UN (1) MES Y QUINCE (15) DIAS
676-2008	$ 4.240.000	22/08/2008	CUATRO MESES
877-2008	$ 1'060.000	01/12/2008	UN (1) MES
1178-2008	$ 918.667	05/02/2009	VEINTISEIS DIAS
398-2009	$ 2.014.000	04/02/2009	UN MES Y VEINTISIETE DIAS
ADC 398	$ 1'060.000	01/04/2009	UN (1) MES
653-2009	$ 4.134.000	04/05/2009	TRES MESES Y VEINTISIETE DIAS
ADC.653	$ 1.060.000	01/09/2009	UN (1) MES
ADC.653	$ 1.060.000	01/10/2009	UN (1) MES
1249-2009	$ 1.590.000	01/12/2010	UN MES Y QUINCE (15) DIAS
129-2010	$ 5.426.667	18/01/2010	CUATRO (4) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS
Objeto: APOYO EN LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE ACUERDO A SUS CONOCIMIENTOS EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA COMO AUXILIAR PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD A NIVEL INTRAMURAL Y EXTRAMURAL EN LA LOCALIDAD CUARTA SAN CRISTÓBAL.			

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y prestación de los servicios contratados

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el dia 16 de febrero de 2010

Cordialmente,

GLORIA EMPERATRIZ BARRERO CARRETERO
Jefe Oficina Jurídica
ESE San Cristóbal

Aprobó: G. Barrero
Revisó: G. Barrero
Elaboró: A. Copete
Técnico Área Jurídica

TEMPORALES
UNO-A S.A

Nit. 830.058.387-6

Preselección.Selección.Contratación y Nomina del Personal en Misión. CO10/3658.

CERTIFICACION

Por medio de la presente nos permitimos certificar que la señora GONZALEZ HERRERA LUISA FERNANDA Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1,032,405,844 de BOGOTA D.C., laboró en misión de nuestra organización, para la empresa usuaria HOSPITAL RAFAEL URIBE - HRUU-SP TERRITORIO 2, por medio de un contrato de trabajo de obra o labor determinada, desde el día 20 de marzo de 2012 hasta el dia 10 de diciembre de 2012 desempeñando el cargo misional de TECNICO I, con una asignaciòn salarial de $663,872.00 Mcte, mas un subsidio de Transporte de: $ 67,800.00 Mcte, mas un promedio de horas extras por un valor de 9,220.00 Mcte, mas un promedio de recargos por un valor de $17,211.00 Mcte

Seguidamente nuestro sistema reporta la existencia de los siguientes contratos de trabajo de obra o

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Desde el dia 20 de marzo de 2012	hasta el 10 de diciembre de 2012

La presente se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a solicitud de la interesada a los 14 dias del mes de Abril de 2013.

NOTA: CUALQUIER ANOTACIÓN EN LETRA IMPRENTA SOBRE EL PRESENTE CERTIFICADO ES INVALIDA

Atentamente,

TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A
Nit. 830.058.387-6
CARRERA 16 N° 36-09
PBX: 320 0977 - FAX: 288 4895

ANDRES LEON ALBARRACIN
DIRECTOR DE GESTIÓN HUMANA

Este documento digital cumple con el artículo 28 de la Ley 527 de 1999

Este certificado fue expedido a través de un sitio web, para verificar su validez comuniquese al departamento de gestión humana de Temporales Uno A. PBX: 57-1 -320 09 77.

Bogotá D.C

Señores:

INGABO

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Tecnico Auxiliar de Enfermeria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Luisa fernanda Gonzalez

No. de documento: 1.032.405.844

Tarjeta profesional No: 1-032.405.844

Dirección de contacto: Kr 13 # 36c -46 sur

Teléfono: 310.477 2714

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.405.844**

GONZALEZ HERRERA

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa Fernanda Gonzalez.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **24-ENE-1988**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-FEB-2006 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00424331-F-1032405844-20130205 **0032**379597A 1 1302217215

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14386594367

(415)7707212489984(8020) 000001438659436 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 3 2 4 0 5 8 4 4 – 6

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 3 2 4 0 5 8 4 4	2 0 0 6 0 2 2 1

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	HERRERA	LUISA	FERNANDA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 1 B 36 C 46 SUR BRR EL ANGULO

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
luisagonzalez-24@hotmail.com		3 1 0 4 7 7 2 7 1 4	5 6 8 9 8 9 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8 6 9 2	2 0 0 8 0 4 0 8				

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2	0																

20- Obtención NIT

DOCUMENTO SIN COSTO

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO X

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 2 4

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: GONZALEZ HERRERA LUISA FERNANDA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 24-08-2016 04:01:54F

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-08-2016
Hora: 4:07:47 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1032405844-6 LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA

Información General

Dirección KR 1B 36C 46 SUR

Teléfonos 5689891 / 3104772414
Dirección electrónica LUISAGONZALEZ-24@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 08/10/2012
Soporte Inscripción 14678523
Fecha Inicio Actividades 08/04/2008
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001093715

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA, D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 11473 *de* 07/12/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GONZALEZ HERRERA LUISA FERNANDA Identificado(a) con CC número 1032405844 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 03/12/2007 y registrado en el libro 2 Folio 45 año 2007

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 GONZALEZ HERRERA LUISA FERNANDA identificado(a) con CC número 1032405844 expedida en BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C. ,

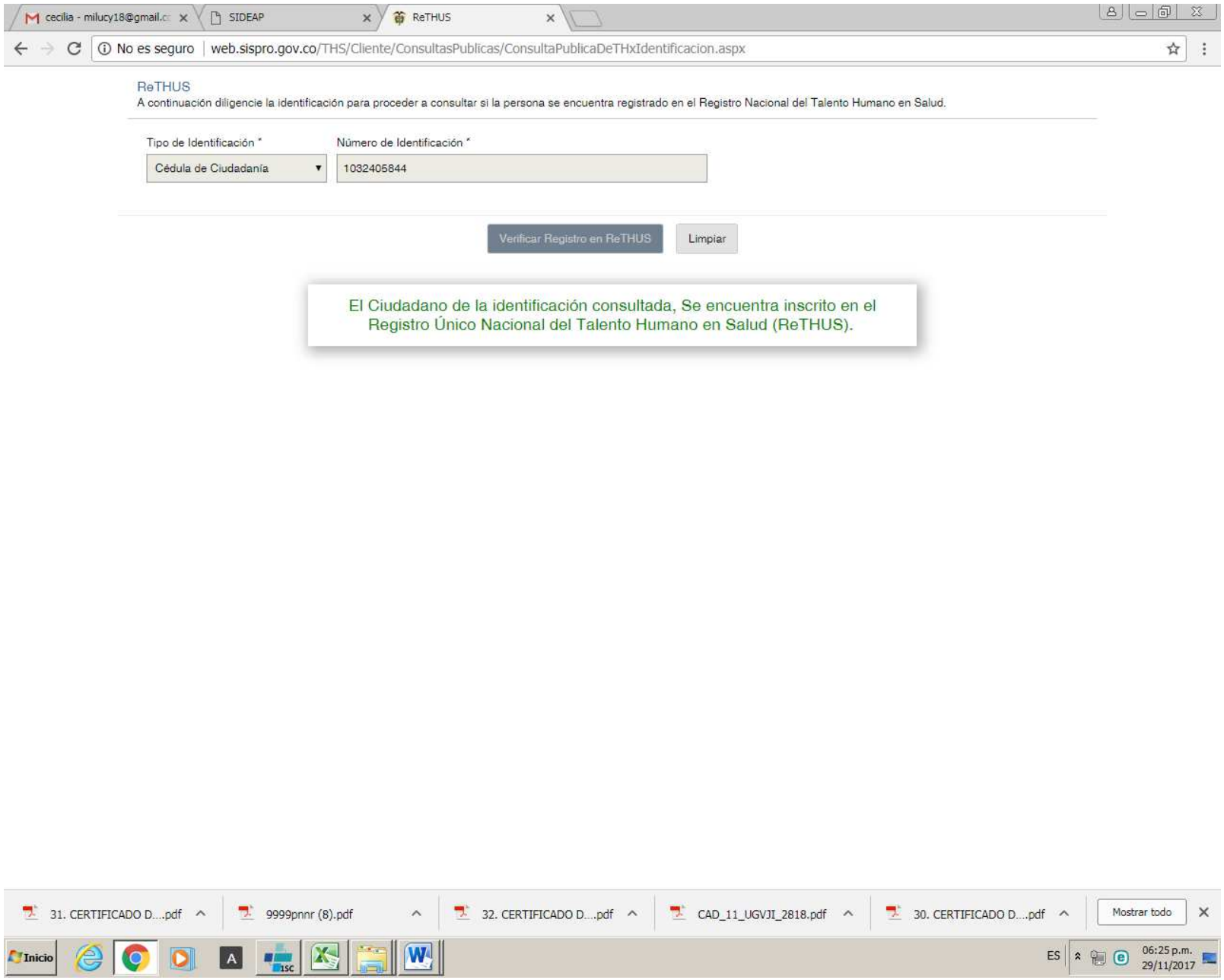
ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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 07/12/2007

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA.
Directora de Desarrollo de Servicios (E).
Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C 14. Diciembre.
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Luisa Fernanda Gonzalez
CC. # 1'032'405.344
Firma Luisa Fernanda Gonzalez


cecilia - milucy18@gmail.c
SIDEAP
ReTHUS
No es seguro | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
ReTHUS
A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
1032405844
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).
31. CERTIFICADO D....pdf
9999pnnr (8).pdf
32. CERTIFICADO D....pdf
CAD_11_UGVJI_2818.pdf
30. CERTIFICADO D....pdf
Mostrar todo
Inicio
ES
06:25 p.m.
29/11/2017

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE MARVAEZ

7053224

Nombre	GONZALEZ LUISA FERNANDA		
Identificacion	CC 1032405844	Tel.	
Edad	28 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	F
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	680841		

Fecha de recepcion:	05-Jul-2016 6:13 pm
Fecha de impresion:	06-Jul-2016 8:30 am
Empresa	LABORATORIO CLINICO BACTERIOLOGICO
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	06-Jul-2016 6:39:00a.m.

Final

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	408.0	mUI/ml	

Metodo: Quimioluminiscencia

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

ANGIE MILENA GUZMAN ROA
CC. 52,528,720
BACTERIOLOGA

ɔlógico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
ampión ıbéola	1	15 oct 2005		HSC
ıxoide tánico ftérico Td	1	—		
	2	—		
	3	—		
	4	19-Enero/2010	boostrix™ GSK 608508-0	HSC
	5	02 AGO 2014	AC37B152AA 05-2016	
ɔntra ıatitis B	1	—		
	2	—		
	3	19 Enero/2010	Nuevo Centenario EPS	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	15-Sep/2008		20 años	HSC
Contra Influenza	25 Abril/2010		1 año	HSC
	08 JUL. 2014		V501025	
Otras				
AH1N1	7/4/10	S1701117	06/2010	HSC
Neumo	(23) 16/03/2011		E0524031	HSC

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

Consérvelo

e requerir el Certificado Internacional de Vacunación,
ıcite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

ɪR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Luisa Fernanda
Apellidos:	Gonzalez Herrera
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 1032405844
Fecha de Nacimiento:	Día: 29 Mes: 01 Año: 1988

Orden No:	**8238510**	Fecha de ingreso:	23-Aug-2018 11:18 am
Paciente:	**GONZALEZ HERRERA LUISA FERNANDO**	Fecha de impresion:	01/10/2018
Documento Id:	CC 1032405844	Edad:	30 Años 6 meses 30 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3104772714
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN

90304391

Nombre	**GONZALEZ LUISA FERNANDA**		
Identificacion	CC 1032405844	Tel.	
Edad	30 Años 1 Mes 29 Dias	Sexo F	
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	8238510		

Fecha de recepcion:	03-sep-2018 4:41 pm
Fecha de impresion:	14-sep-2018 2:23 pm
Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	04-sep-2018 5:41:00a.m. Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	304.0	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

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

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 13/06/16	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA		
CEDULA	1.032.405.844	TELEFONO O CELULAR	3104772714

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA		VISIOMETRÍA		ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA	HOSPITAL SANTA CLARA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	MEDICO
NORMAL	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión peligro biológico mediante inmunización contra hepatitis B, Influenza y tétano o las que se requieran (gtc 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radioffsica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). **Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Control con nutricionista. Ejercicio físico regularmente.**

PABLO HERNANDEZ FIRMA Y LSO PROFESIONAL (LUIS)	Luisa Fernanda Gonzalez. FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE CC 1032405844

Pablo Hernandez Villamizar
Esp. Higiene y Salud Ocupacional
Médico cirujano
Gestión Integrada QHSE
LSO 533409

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado** : el que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Articulo 289 del Código penal Colombiano).**

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com

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:

LUISA FERNANDA GONZALEZ

C.C.: 1032405844

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

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

BOGOTÁ MEJOR

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

LA DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 1075 DE 2015

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA
C.C. 1.032.405.844

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TALLER DE SOPORTE VITAL BÁSICO CON UNA INTENSIDAD DE 20 (VEINTE) HORAS TEÓRICO PRÁCTICAS

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

OTORGADO EN BOGOTÁ EL DIA 13 DE DICIEMBRE DE 2018
VÁLIDO POR 2 (DOS) AÑOS

Daniel Moreno
C.C. 1032479316
Auxiliar de Enfermería

DANIEL MORENO
INSTRUCTOR

SEDE PRINCIPAL carrera 78 # 7 a – 79
Barrio Castilla Bogotá DC
Cel. 3057639865 - 5710092
Email scesbogota@hotmail.com

AUXILIAR DE ENFERMERIA

C.E.No. A1203

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

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

FECHA:	2018-11-13	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDIMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad semetida 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
GONZALEZ	HERRERA	LUISA	FERNANDA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1,032,405,844	BOGOTA-CUNDINAMARCA	2006-02-21
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1988-01-24	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	2	2	3104772714

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 1 B No 36C-46 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	5687564

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
fuchis487@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PARRA	TOCASUCHE	CAMILO	ANDRES

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1,023,907,600	BOGOTA	2009-04-02	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒	NO ☐	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐	# NIT	900.959.051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 No 5-43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2015-12-03

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 600.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 1.400.000	ARRIENDOS	$ 400.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 900.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 1.400.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 900.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ALONSO	HERNANDEZ	INGRID	CAROLINA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRA 110 No 78F-10	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMIGA	3143867647

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	AHORROS		AV PRIMERA	3820000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS EXTERIORA [ ] CUAL: [ ]

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

AUXILIAR ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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 dias 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) dias, 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 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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitorco y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, 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 , estadisticas, 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. f) 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 ecuter, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera 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

Juan Fernando Gonzalez Herrera

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) LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA identificado(a) con CC 1032405844 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**BIENESTAR SEDE CENTENARIO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 18 días del mes de diciembre del año 2018 .

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

Observaciones:

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

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1032405844,** se encuentra afiliado (a) desde **09/04/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

1032405844			SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento			ARL
LUISA	FERNANDA	GONZALEZ	HERRERA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
24/01/1988	BOGOTA	CRA 1 B No 36C-46 SUR	5687564
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
NUEVA EPS	COLPENSIONES		$ 1,400,000
EPS - Salud	AFP - Pensiones		Honorarios
AUXILIAR ENFERMERIA			
Objeto Contractual (Cargo)			Fecha Inicio del Contrato
luchis487@gmail.com			3143867647
Correo Electrónico			Celular
			SANDRA LOAIZA GONZALEZ
Firma del Afliado			Firma y Nombre Supervisor del Contrato
			C.C. 24370475

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119407362

WEB
19:10:40

Bogotá DC, 18 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) LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032405844:

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 martes 18 de diciembre de 2018, a las 19:11:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032405844
Código de Verificación	1032405844181218191136

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2622489

Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 19:09 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) **LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO** de BOGOTA D.C.

1032405844

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_T81CG_0919
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

https://sideap.serviciocivil.gov.co/si | Recibidos (126) - milucy18@gmail.c | Policía Nacional de Colombia

https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 19:08:07 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032405844**
Apellidos y Nombres: **GONZALEZ HERRERA LUISA FERNANDA**

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.

Volver al Inicio

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas

33. ANTECEDENTES....pdf | Certificado (18).pdf | Certificado (17).pdf | 34. ANTECEDENTES....pdf | 1022925956.pdf | Mostrar todo

Inicio | ES | 07:07 p.m. 18/12/2018

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 Nº 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que GONZALEZ HERRERA,LUISA FERNANDA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.032.405.844 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102677838, abierta/o desde el 22/07/2016.

Se expide en Bogota el día 14 del mes de Diciembre del año 2018 con destino a: SUBRED CENTRO ORIENTE

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO