

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	FECHA:	11-03-18	Nº FOLIOS:
NOMBRE DEL CANDIDATO:	DOCUMENTO:	59726391	
TELÉFONO:	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Enfermero Auxiliar	

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO
(FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☐
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒ N/A ☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒ N/A ☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒ NO ☐
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐ N/A ☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒ N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒ N/A ☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIU <u>892</u>	SI	☒
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐ N/A ☒
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒ N/A ☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒ N/A ☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☒ N/A ☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐ N/A ☒
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒ N/A ☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☒ N/A ☐
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐ N/A ☒
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriólogo, Citoistotecnólogo, Histotecnólogo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐ N/A ☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☒ N/A ☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐ N/A ☒
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐ N/A ☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐ N/A ☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐ N/A ☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: <u>EPS. Colsonitas</u>	SI	☒
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: <u>Colpensiones</u>	SI	☒
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: <u>Positivo</u>)	SI	☒
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
37	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	☒

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Responsable Talento Humano	Fecha:
Vº/Bº Dirección Talento Humano	Fecha:



Editar

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

Información del usuario

Género	Femenino
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre completo	MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA
Nombre y apellido	MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA
Código del empleado	85101601
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	51726391
Fecha de emisión	15/11/1982 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Expedido por	BOGOTA D.C
Fecha de expiración	
Dirección	
Código postal	51
Estado	
Municipio	BOGOTA
País	COLOMBIA
Correo electrónico	padelfin.111@gmail.com
Teléfono	3115094955
Celular	3115094955
Número de fax	



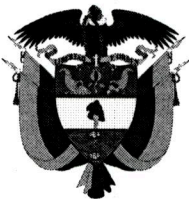
Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	telefono
Celular	3115094955

Editar



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 DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GONZALEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CABRERA	NOMBRES MARLEN PATRICIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 51726391	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES OCT AÑO 1960 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA c/ 59 a # 65 - 21 sur barrio madelena PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2046068 EMAIL delfin_patricia111@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 BÁSICA										TÍTULO Bachiller Académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES DICIEMBRE AÑO 1979

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

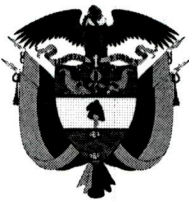
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TEMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	4	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	1 1983	02052000

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
Inglés	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 ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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 Subred Centro Oriente IMI	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cordenfermeriaimi@subredcentrooriente.gov.	
TELÉFONOS 5662077	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Enfermera Auxiliar	DEPENDENCIA Neonatología	DIRECCIÓN Carrera 10 No. 1 66 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital la victoria	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3725610	FECHA DE INGRESO DÍA 27 MES 2 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Enfermera Auxiliar	DEPENDENCIA Neonatología	DIRECCIÓN Cr 10 No 10 63	

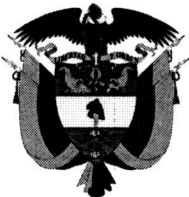
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Materno Infantil	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2892200	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 9 AÑO 1983		FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 12 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO Enfermera Auxiliar	DEPENDENCIA Neonatología y Ginecoobstetricia	DIRECCIÓN Carrera 10 No. 1 66 sur	

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	11	9
PRIVADO	35	2



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 DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PARTICULAR	0	0
TOTAL	35	2

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Rpta: Dic: 13/2018

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



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 51726391 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección cll 59 a # 65 - 21 sur barrio madelena

Teléfonos 3115094955 2046068

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ELVIRA CABRERA NAVAS	20274269	MADRE
JOSE ALVARO GONZALEZ MOLINA	317999	PADRE
MAGDA ESPERANZA GONZALEZ CABRERA	41777436	HERMANO(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	\$ 13.359.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 13.359.000,00

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 av villas	ahorro	005488234	restrepo	\$ 50.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	Parques de Alejandria Etapa 1	\$ 50.000.000,00

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

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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 14-dic-2018

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

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

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

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

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

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



República de Colombia
Alcaldía Mayor de Bogotá, D. E.

El Colegio Santa Luísa

Aprobado por Resolución No. 10590 del 28 de Julio de 1978,
emanada del Ministerio de Educación Nacional

teniendo en cuenta que

Marlén Patricia González Cabrera

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación
Secundaria y fue aprobada en todos los exámenes y pruebas reglamentarias,

le confiere el título de

Bachiller

El Rector,

Samuel Martínez

La Secretaria,

Esther Pardo M.



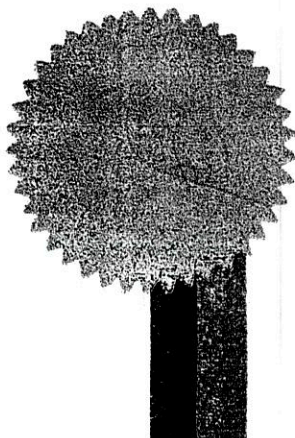
Bogotá, Diciembre 1 de 1979

Alcaldía Mayor de Bogotá, D. E.

Anotada al Folio 9. G del Libro de Registro No. 85.1

El Secretario de Educación,

Ma. Saura



República de Colombia

Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca



ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL



"Concepción Villaveces de Acosta"

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Profesiones Médicas y Auxiliares

Reconócese este título para todos
los efectos legales

Bogotá, IV. 30-84

Resolución No. 5113

CERTIFICADO

CONCEDIDO A

Marlen Patricia González Cabrera

Quien ha completado los Estudios Teóricos Prácticos según las normas
oficiales para el Curso de Auxiliares de Enfermería

26 IV / 88

4.191

Director del Instituto

Directora de la Escuela

[Firma de la Directora de la Escuela]

Bogotá, D. E. Enero 28 de 1983

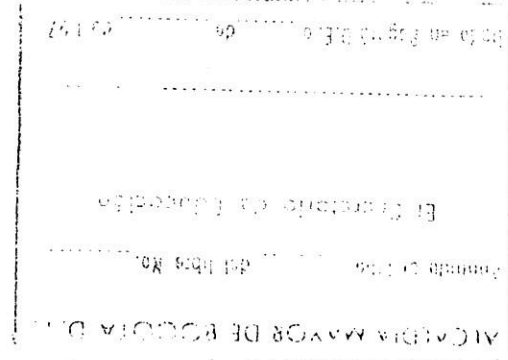
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D. E.

Libro de Libros 1-G Folio No. 83

El Secretario de Educación

[Firma del Secretario de Educación]

Hecho en Bogotá D. E. el 21 de ABRIL 1983





COLEGIO SANTA LUISA

Preescolar - Básica y Media

Aprobado mediante Licencia de Funcionamiento No. 1032 de Mayo 8 de 1978

Código DANE: 311001006423 • ICES: 022079

INSCRIPCION N°.1588

DANE: 311001006423

JORNADA: UNICA

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de Diciembre del año lectivo 1979 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las alumnas de último grado, los Suscritos Rector y Secretaria del:

COLEGIO SANTA LUISA

Institución aprobada hasta el año 2003, en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada para otorgar el Título de Bachiller en la MODALIDAD ACADEMICA según Resolución No.3820 del 24 de Agosto de 1994 HASTA NUEVA VISITA por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C., comprobada la situación legal y académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el:

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

A la graduanda cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Marlen Patricia González Cabrera C. C. N° 51.726.391 de Bogotá

Es fiel copia del Folio No. 104 del Libro de Calificaciones del año 1979 que consta de 76 alumnas que comienza con el nombre de: LUCY ACOSTA VALLE y se cierra con el nombre de: ESPERANZA RODRIGUEZ VASQUEZ, firmado por SAMUEL BOTERO Rector y ESTER PULIDO MUÑOZ Secretaria.

Se expide en Bogotá D.C. a los 17 días del mes de noviembre de 2015.

BERYENY RODRIGUEZ AREVALO
C.C.51.982.447 Bogotá
RECTORA

Maria Alejandra Barrera M.
MARIA ALEJANDRA BARRERA MOLANO
C.C.1.015.393.661 Bogotá
SECRETARIA



ARTIFICACION DE AUXILIARES DE ENFERMERIA-1982

En el Libro # 1 de Actas de Certificación y bajo los Folios 156-157 y 158 aparece:

- A C T A N° 88 -

En Bogotá D.E. a los 28 días del mes de Enero de 1.983, en la Capilla del Centro Hospitalario San Juan de Dios, tuvo lugar la clausura del año lectivo de la ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA del Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta" de la Beneficencia de Cundinamarca.

El acto fue presidido por el Dr. Eduardo Caceres Director del Centro Hospitalario San Juan de Dios, por el Doctor Luis Eduardo Santamaría Director del Instituto Materno Infantil, por la señora Delia Rodríguez de Aya Directora de la Escuela de Auxiliares de Enfermería, por las Instructoras de la Escuela Sor Flor María Martín, y señoritas Patricia Farias y Gloria Inés Zuleta.

Las alumnas que completaron los estudios Teórico Prácticos según las normas Oficiales fueron las siguientes:

1. ARABELLA ARANGO DE RODRIGUEZ	C.C.N° 41'422.209 de Bogotá.
2. ANA ALCIRA BENITEZ LOPEZ	C.C.N° 39'688.755 de Bogotá.
3. ANA SILVIA BUITRAGO PEÑA	C.C.N° 21'076.238 de Usme.
4. AMPARO SAAVEDRA PAEZ	C.C.N° 51'724.375 de Bogotá.
5. BLANCA ALCIRA ROJAS HERRERA	C.C.N° 51'723.515 de Bogotá.
6. DORALICE ROMERO GAITAN	C.C.N° 20'843.206 de Quebradanegra.
7. ELIZABETH LEURO LEON	C.C.N° 51'600.758 de Bogotá.
8. EDY MUÑOZ RODRIGUEZ	C.C.N° 51'654.794 de Bogotá.
9. ELSA ESPERANZA URIBE ALVAREZ	C.C.N° 51'619.620 de Bogota.
10. FLOR ENERIA RUIZ CAMACHO	C.C.N° 20'945.426 de Sibate.
11. FLOR MARIA VASQUEZ BELLO	C.C.N° 39'660.461 de Soacha.
12. GLORIA AMPARO MORA ROMERO	C.C.N° 51'738.870 de Bogotá.
13. GLORIA JIMENEZ DE VALLEJO	C.C.N° 41'705.029 de Bogotá.
14. LUZ MARINA ORTIZ MARTINEZ	C.C.N° 39'709.702 de Usme.
15. LUZ MARINA RUIZ ROJAS	C.C.N° 37'885.225 de San Gil.
16. LUZ STELLA PEREZ GUASCA	C.C.N° 51'578.841 de Bogotá.
17. MARTHA CONSUELO HERNANDEZ HIGUERA	C.C.N° 51'679.504 de Bogotá.
18. MARIA INES CASTAÑEDA LEON	C.C.N° 51'753.092 de Bogotá.
19. MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA	C.C.N° 51'726.391 de Bogotá.
20. MARIA INES BELLO DIAZ	C.C.N° 20'945.930 de Sibate.
21. MARIA JULIETH JARAMILLO GIRALDO	C.C.N° 51'626.965 de Bogotá.
22. MERCEDES GALINDO DIAZ	C.C.N° 51'651.149 de Bogotá.
23. MARIA DEL CARMEN ROMERO HERNANDEZ	C.C.N° 51'594.630 de Bogotá.
24. NINFA FRANCO SAAVEDRA	C.C.N° 40'757.809 de Florencia.
25. ROSARIO DEL SOCORRO FLOREZ CARDONA	C.C.N° 51'650.847 de Bogotá.
26. YOLANDA L. BARBOSA DE MARULANDA	C.C.N° 41'695.634 de Bogotá.
27. GLADYS YOLANDA LONDOÑO SANCHEZ	C.C.N° 51'650.685 de Bogotá.

Luego que el Director del Instituto Materno Infantil dirigió algunas palabras a los asistentes al acto, se tomó el Juramento de rigor a las nuevas Auxiliares de Enfermería, y los Miembros de la mesa Directiva, hicieron entrega de los Respetivos Certificados.

En Constancia firma: La Directora de la Escuela.

Hay un sello que dice: Escuela de Auxiliares de Enfermería Inst.Mater.Infant. Directora.

Se expide en Bogotá a los 10 días del mes de Febrero de 1.983.


DELIA RODRIGUEZ DE AYA
Directora.
Escuela de Auxiliares de Enfermería.

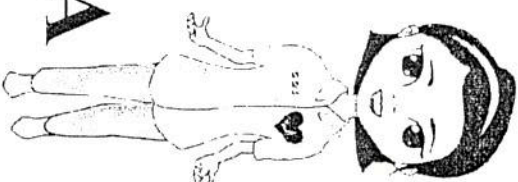


Hospital Meissen E.S.E

Otorga certificado a:

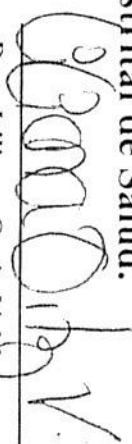
MARLEN PATRICIA
GONZALEZ CABRERA

Con C.C. N° 51726391



Asistió a la capacitación en los protocolos de intervención en las Unidades de
Recién Nacidos URN, del Programa Mentes y Puertas abiertas de acuerdo al
convenio 1888 con la Secretaría Distrital de Salud.


Dr. Leonardo Alfonso Morales H.
Gerente.


Dra. Liliana Ortiz Valderrama
Líder de Proceso Salud Mental
Convenio 1888

"Por la integralidad en la salud con respeto y transparencia"



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
TELÉFONO: 261.21.21

HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL E.S.E.

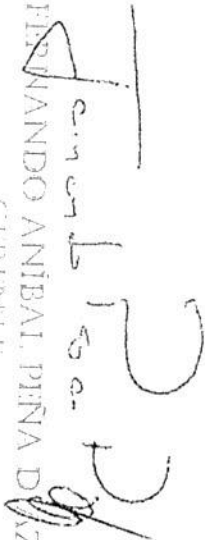
HACE CONSTAR QUE

MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRE-

ASISTIO AL SIMPOSIO EN

PREVENCIÓN DE INFECCIONES
ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

CON UNA INTENSIDAD DE SEIS (6) HORAS TEÓRICO-PRÁCTICAS


FERNANDO ANÍBAL PIÑA DÍAZ
GERENTE

BOGOTÁ D.C., 16 DE JULIO DE 2015

BOGOTÁ
HUMANANA

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

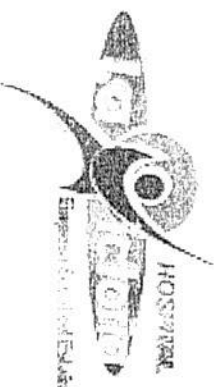
Este documento certifica que

marlen patricia gonzales cabrera

realizó el curso de

Reinducción 2015 - Hospital La Victoria

14 de enero de 2015



CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

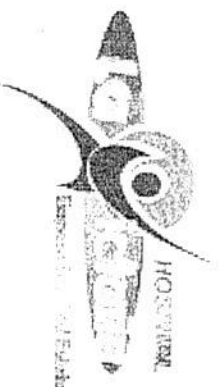
Este documento certifica que

marlen patricia gonzales cabrera

realizó el curso de

Lactancia Materna - Curso 2

26 de febrero de 2015





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

EL HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL

CERTIFICA QUE

MARLEN PATRICIA GONZALEZ C.

ASISTIÓ AL

**VI SIMPOSIO EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD
"BUENAS PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL"**
INTENSIDAD DE 4 HORAS

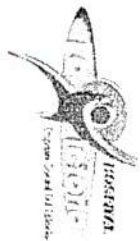
FERNANDO ANÍBAL PEÑA
Gerente

YANTH PIRAGAUTA
SubGerente

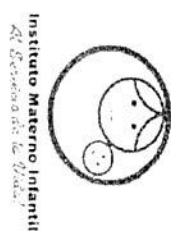
Bogotá DC, 9 de diciembre de 2014



BOGOTÁ
HUMANANA



HOSPITAL LA VICTORIA,
INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Y



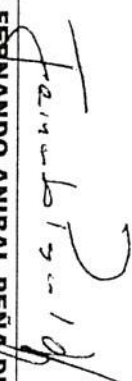
QUIRUMEDICAS LTDA

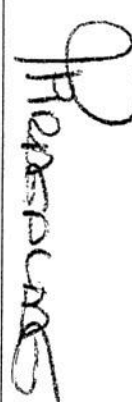
CERTIFICAN QUE:

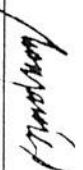
MARLEN PATRICIA GONZALEZ

Asistió al:

“ III SIMPOSIO EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA SALUD ”
INTENSIDAD DE 4 HORAS


Dr. FERNANDO ANIBAL PEÑA DIAZ
Gerente


Dra. YANTH PIRAGAUTA GUTIERREZ
Subgerente


JOSE NOEL GARCIA LONDOÑO
Gerente General
QUIRUMEDICAS LTDA

BOGOTÁ, 28 DE JUNIO DE 2013


LABORATORIOS
QUIRUMEDICAS

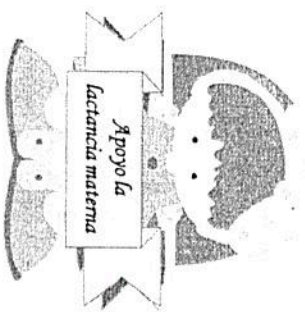
HOSPITAL LA VICTORIA ESE III NIVEL

Certifica que :

Marlen Patricia González Cabrera

Con cedula de ciudadanía N° 51726391

Auxiliar de enfermería



Asistió al curso de "Actualización en Lactancia Materna y Política y estrategias materno infantil", los días 9, 10 y 11 de Noviembre, dictado en las instalaciones del instituto materno infantil Sede 2, con una intensidad horaria de 12 horas teórico prácticas.

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de Noviembre del 2011


Fernando Anibal Peña Díaz
Gerente


Silvia Capasso
Referente Educación médica


Yanith Piragorda Gutierrez
Subgerente de Servicios de Salud


Magnolia Rojas Ardila
Cor. Comité de Lactancia Materna

Bogotá D.C

Señores:

Concepción Alvarado de Arango del Instituto Paterno Infantil
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Yorlen Patricia Gaitániz Cabrera, 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:

Frajaeno Auxilio

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Yorlen Patricia Gaitániz Cabrera

No. de documento:

51726391 13gto

Tarjeta profesional No:

02051000

Dirección de contacto:

cll: 59 A. N° 65-21 Sur Pádeleno

Teléfono:

311 509 4955



INSTITUTO MATERNO INFANTIL

EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE:

La Señora **MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.726.391 de Bogotá, labora en la Institución en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA NOCTURNA**, con experiencia en las áreas de Ginecoobstetricia y Neonatología; con especial énfasis en la Unidad de Cuidado Intensivo.

La presente se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., a los veintinueve (29) días del mes de junio de dos mil seis (2006).

Cordialmente,

ENF. ELSA MYRIAM PEDRAZA ARIAS

Jefe Departamento de Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.726.391
GONZALEZ CABREPA

APELLIDOS
MARLEN PATRICIA

NOMBRES

Marlen Patricia Gonzalez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1960

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

15-NOV-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00132006-F-0051726391-20081128

0007074098A 1

1260030622

 Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		 Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado	001																																						
2. Concepto <input type="text" value="0"/> <input checked="" type="text" value="2"/> Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14322300384																																							
		 (415)7707212489984(8020) 000001432230038 4																																							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 5 1 7 2 6 3 9 1 - 7 6. DV 7 </div>		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá																																							
		14. Buzón electrónico 3 2																																							
IDENTIFICACION																																									
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3																																							
26. Número de identificación: 5 1 7 2 6 3 9 1		27. Fecha expedición: 1 9 8 2 1 1 5																																							
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: 1 6 9																																							
29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1																																							
31. Primer apellido GONZALEZ		32. Segundo apellido CABRERA																																							
33. Primer nombre MARLEN		34. Otros nombres PATRICIA																																							
35. Razón social:																																									
36. Nombre comercial:																																									
37. Sigla:																																									
UBICACION																																									
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.																																							
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1																																									
41. Dirección principal CL 59 A SUR 65 21 BRR MADELENA																																									
42. Correo electrónico: delfin_patricia111@hotmail.com		43. Código postal 2 0 4 6 0 6 8																																							
		44. Teléfono 1: 3 1 1 5 0 9 4 9 5 5																																							
CLASIFICACION																																									
Actividad económica		Ocupación																																							
46. Código: 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 7 0 3 2 0																																							
48. Código: 1		49. Fecha inicio actividad: 2																																							
50. Código: 1 2		51. Código: 3 2 2 3																																							
52. Número establecimientos																																									
Responsabilidades, Calidades y Atributos																																									
53. Código: 2 0																																									
20- Obtención NIT																																									
Obligados aduaneros		Exportadores																																							
54. Código: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>55. Forma</td> <td>56. Tipo</td> <td>Servicio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>57. Modo</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>58. CPC</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3	☐	☐	57. Modo	☐	☐	☐			58. CPC	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3																																				
☐	☐	57. Modo	☐	☐	☐																																				
		58. CPC	☐	☐	☐																																				
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación																																									
Para uso exclusivo de la DIAN																																									
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: 0		61. Fecha: 2 0 1 4 1 2 1 1																																					
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 URIBE VARGAS JANNETH 985. Cargo: Gestor I																																						



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 16-03-2015

Hora: 7:46:39 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 51726391-7 MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA

Información General

Dirección CL 59 A 65 21 SUR

Teléfonos 2046068-3115094955

Dirección electrónica delfin_patricia11@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 16/03/2015

Soporte Inscripción 9005045

Fecha Inicio Actividades 20/03/2007

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:



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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente ICA TE TOCA



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

No. EST 02052000

GONZALEZ CABRERA
MARLEN PATRICIA

51726391

AUXILIAR DE
ENFERMERIA

[Signature]
Firma

[Signature]
Firma Autorizada

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NUMERO **05113** DE 19

(**30 ABR. 1984**)

Por la cual se concede una autorización.

EL MINISTRO DE SALUD,

en ejercicio de las facultades conferidas por el Decreto número 3134

de 1956 y en desarrollo de las Resoluciones números 05301 y 05665

de 1983 y

CONSIDERANDO:

Que **MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA**, con cédula de ciudadanía No.

51.726.391

de **Bogotá**

, ha solicitado la refrendación del

Certificado

de

AUXILIAR DE ENFERMERIA

, que le otorgó

La Escuela de

Auxiliares de Enfermería del Instituto Materno Infantil

"Concepcion Villavacas de Acosta"

, el **28** de

de 19 **83**, y

Enero

Que dicho **Certificado**

se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de

Educación **Bogotá**

, al folio **1-G**

del libro **83**

el **21 de Abril de 1.983**

RESUELVE:

ARTICULO UNICO — Autorízase a

MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA

para ejercer como

en el territorio

nacional, previa anotación correspondiente **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

HUMBERTO CORDOBA W
Director Vigilancia y Control



Judith Guzman Parra
JUDITH GUZMAN PARRA
Jefe Sección Profesiones



sfg

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 *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

51726391

Primer Nombre *

marlen

Primer Apellido *

gonzalez

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-01→5:12:23 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	51726391	MARLEN	PATRICIA	GONZALEZ	CABRERA	Ver

Información Detallada [CC: 51726391] MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA**2018-12-01→5:12:23 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1984/4/30	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Marten Polencia

Apellidos:

Gonzalez Cabrer

Documento
de Identidad:

CC ☒ TI ☐ PASA ☐
PORTE ☐

No. 01726391

Fecha de
Nacimiento:

Día: 10 Mes: 05 Año: 1960

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	14-06-92	AZOG0239	Accm.
	2	17-07-97	AB B0578	Julio
	3	12-02-98	022134	Julio

Refuerzo 15-12-10 AHB15452

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
HNIN	13-04-10	517011A	UNICA	Septima



UNIDAD MEDICA MODELIA

"Experiencia y Calidad con Tecnología al Servicio de su Salud"

Dirección: Carrera 82 # 22 A 71

Teléfono : 4102145 Celular 3164740813

CERTIFICACION MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 24 / 07 / 2016

HORA: 12:00

Nombre: Harfen Patricia Gontalez Carbrera

Fecha de Nacimiento: 05/10/60 Edad 56 Sexo M F Estado Civil soltera

CC: 51726391374

El suscrito médico certifica que Mailen Gontalez con CC 51726391

Se encuentra apto/a para desempeñar el cargo Auxiliar en el área de Enfermería

El cual aspira en la empresa _____

Nombre del Medico Especialista: LELIS ANTONIO SANCHEZ DIAZ

RM : 6784 LIC : 1204 SDS

Firma _____

Leles Antonio Sánchez
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
CC 7933174
RM 6784 LIC 1204

Nombre del aspirante: Harfen Patricia Gontalez Carbrera

Firma del aspirante _____

CC: _____

Leles Antonio Sánchez
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
CC 7933174
RM 6784 LIC 1204

Harfen Patricia Gontalez Carbrera
51726391374

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:

MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA

C.C.: 51726391

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta y ún (31) días del mes de Octubre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés

Gerente

Subred Integrada de

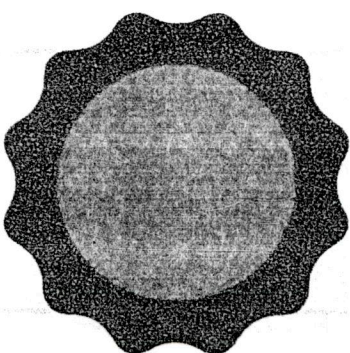
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz

Profesional Especializado Talento Humano

Subred Integrada de

Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.





CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA

c.c. : 51.726.391

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá, a los 28 días del mes de Noviembre de 2018.
Validez 2 años.



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

Educación Informal - Decreto 4904 - 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS
A SU INSTITUCION SE VERIFIQUE LA
AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO.
PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección
Académica

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

FECHA: 12-03-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: González SEGUNDO APELLIDO: Cabrera PRIMER NOMBRE: Marlen SEGUNDO NOMBRE: Portnera

TIPO DE IDENTIFICACION: No IDENTIFICACION: 59726391. LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): Nov: 25. 9. 982.

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 14-03-1960 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR: 3115094958

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ CUAL: OTRO: Escuela Auxiliar

TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐

DIRECCION RESIDENCIA: Calle 59 A. No 65-21 Sur CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 3-04-60-68

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:

PORTAL O PAGINA INTERNET

TIPO DE VIVIENDA

delia - portnera111@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:

TIPO DE IDENTIFICACION: NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ COMERCiante ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA ☐ CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☐ NO ☒ IVA SI ☐ NO ☒ ICA SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA 8692 8693

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

FUNCIONARIO PUBLICO: ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: Subred Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ VICIOS ☐ LUD ☐ NIT: 900959259-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ BIENES ☐ SERVICIOS ☐
OTRA ☐ CUAL: ☒ X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
En 102 x 12 9-66500		BOGOTÁ	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Enfermera Auxiliar		FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	2007-02-27

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	GASTOS FAMILIARES	9'300.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	9.575.420	ARRIENDOS	0	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	55000000	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	0	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	9.575.420	TOTAL EGRESOS	9'300.000	TOTAL ACTIVOS	55000000	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Contreras	Villalbo	Angela	Linares
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cd: 23 D 85 A 51	BOGOTÁ	Amigo	317 439 2373

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
AV. Villas	Cuenta de Ahorro	5488234	Restrepo	3363199

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐

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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Enfermera Auxiliar

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 destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los 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 fueron 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 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 prestación 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 prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las 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 finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

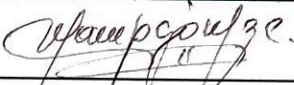
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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 surlaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,

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 " POLÍTICA 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 VERIFICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice-Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 51726391
NOMBRES Y APELLIDOS	Gonzalez Cabrera, Marlen Patricia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Pensionado, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	05/03/2009
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gonzalez Cabrera, Marlen Patricia, a los 02 días del mes de diciembre del año 2018.

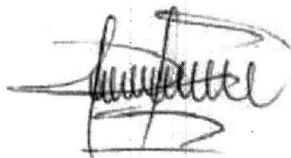
NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yiseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **51726391**, estuvo afiliado (a) al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **INACTIVO**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 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.



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital La Vierge

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

59726399

Numero de Documento

Positiva

ARL

Marlen

Primer Nombre

Patricia

Segundo Nombre

Gonzalez

Primer Apellido

Cabrera

Segundo Apellido

Mayo: 10:1960

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Cl. 59A N° 65-21 su

Dirección de Residencia

204-60-68

Teléfono Fijo

Sanitas

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Enfermera Auxiliar

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

delphin-patricia11@hotmail.com

Correo Electrónico

3995094955

Celular

[Firma manuscrita]

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118655386



WEB

12:29:09

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 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) MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51726391:

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.

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 sábado 01 de diciembre de 2018, a las 12:54:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51726391
Código de Verificación	51726391181201125447

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



Bogotá D.C., 1 de Diciembre de 2018 - 12:44 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) **MARLEN PATRICIA GONZALEZ CABRERA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN** de BOGOTÁ D.C.

51726391

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_EJPL_4412**
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 12:40:31 horas del 01/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 51726391

Apellidos y Nombres: GONZALEZ CABRERA MARLEN PATRICIA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá 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
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co



NIT. 860.035.827-5

**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que **MARLEN PATRICIA GONZALEZ CAB** identificado con el documento No. **51.726.391**
posee en la oficina **RESTREPO** (**005**) una cuenta de ahorros
No. **005488234** desde el **17 de Noviembre de 1998**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los **07** días del mes de **Diciembre** de **2018**

Atentamente,

Gerente Oficina Centro Mayor

Esta certificación tiene un costo de \$ **9.950,00** , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1