





UTC -5 16:01:09

MONICA CUERO ORTIZ

Búsqueda ▼ Mis procesos ▼ Menú ▼ Ir a ▼

Esitorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Id de págs:: 14005989 Ayuda (?)

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

■ Áreas de interés

 Configuración Entidad Estatal / Proveedor

 Administración de usuarios

☆ Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

 Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones Todos los usuarios Activo Seleccione ▼

Crear

Búsqueda de usuarios

Buscar

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario
MONICA CUERO ORTIZ	esneiderrcuero@gmail.com	18/12/2017 01:50:01 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	18/12/2017 02:00:08 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Activo

OPCIONES

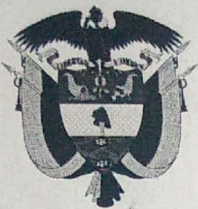
- Crear usuarios
- Aceptar acceso
- Rechazar acceso
- Cancelar acceso
- Revertir rechazo del acceso

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Usuarios activos
- Usuarios inactivos
- Accesos pendientes
- Accesos aceptados
- Accesos rechazados
- Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CUERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ORTIZ	NOMBRES MONICA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1012361967	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 28 MES AGO AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA kr 88 b # 49 c 42 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4733898 EMAIL monikcortiz@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)

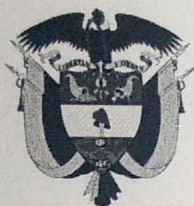
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2011

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	3	X	TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA	12 2013	1012361967



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: 23-ene-2019

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444444	DÍA 4 MES 11 AÑO 2014		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	VIGILANCIA SANITARIA	Cl. 20 Sur #8a-61	

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	4	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	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

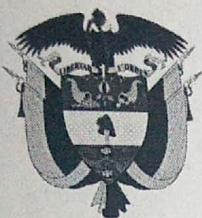
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá 23 Enero 2019
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTINTAL DEL EMPLEADO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 23-ene-2019

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.**SIDEAP**
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MONICA CUERO ORTIZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1012361967 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección kr 88 b # 49 c 42 sur

Teléfonos 3057105487 4733898

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ESNEIDER ANDRES RODRIGUEZ CUERO	1034659105	HIJO(A)
ISMENIA ORTIZ HURTADO	52068084	MADRE
DALMIRO CUERO VIVAS	5302813	PADRE

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 18.150.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.150.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	002100134002	CIUDAD JARDIN	\$ 0,00

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
-------------------	----------	-------



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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

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:

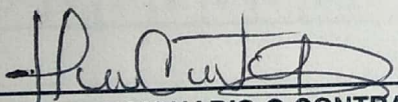
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JOSE EDWIN RODRIGUEZ HURTADO	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	14476876

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 23-ene-2019

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Tecnisistemas

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital, según
Resolución N° 07-0124 del 12 de Noviembre de 2009

Teniendo en cuenta que

Mónica Cuero Ortiz

Identificado (a) con C.C. N° 4.012.361.967 de Bogotá D.C.

Cursó y aprobó los ciclos correspondientes a la Educación Básica Secundaria
y a la Educación Media Académica de acuerdo a lo establecido en el
Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997

Le confiere el Título de

Bachiller Académico



Rector



Secretaria



Anotado en el Libro Interno de Registro de Diplomas N° 07 Folio N° 015

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto N° 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República

República de Colombia



Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 817 del 6 de Marzo de 2006 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C. y Acuerdos N°. 118 del 23 de Diciembre de 2008 y 149 del 21 de Mayo de 2009 expedidos por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud - Ministerio de Salud y Protección Social - y Registro Oficial del Programa según Resolución N°. 13-0095 del 12 de Noviembre de 2009 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., de acuerdo con lo establecido en el Decreto 4904 de 2009

Teniendo en cuenta que:

Mónica Cuero Ortiz

Identificada(o) con la C.C. No. 1.012.361.967 de Bogotá, D.C.

Cursó satisfactoriamente los estudios y cumplió con las exigencias legales del programa
Auxiliar en Enfermería con una intensidad de 1.800 horas, le confiere el presente certificado de
Aptitud Ocupacional por Competencias como:

**Técnico Laboral en
Auxiliar en Enfermería**

Director (a)

Secretaría (o)

Dado en Bogotá, D. C. a los 12 días del mes de Diciembre de 2013

Anotado al Libro de Registro de Certificados No. 02 Folio No. 18

No. 503 - 2 - 2013



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Colegio Tecnisistemas

Educación Formal de Adultos

Código Icfes 079848

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 17 días del mes de Diciembre del año 2011, se reunió el Consejo Directivo, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del Ciclo II de Media correspondiente al Grado Undécimo de las jornadas Mañana, Noche y Sábados en la Rectoría del COLEGIO TECNISISTEMAS. Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Básica Secundaria y Media Académica y Autorizada por la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL, según Resolución N° 07-0121 del 12 de Noviembre de 2009 para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica.

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

TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO

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

Mónica Cuero Ortiz

Identificado (a) con C.C. N° 1,012,361,967 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 031 de fecha 17 de Diciembre del año 2011, que consta de 113 estudiante; que comienza con el nombre de AGUIRRE DUQUE LINA MARÍA y se cierra con el nombre de ZULETA LESMES YESSICA PAOLA.

Firmada por **WILLIAM SÁNCHEZ CORREDOR**
DIANA MARCELA RÍOS MUÑOZ

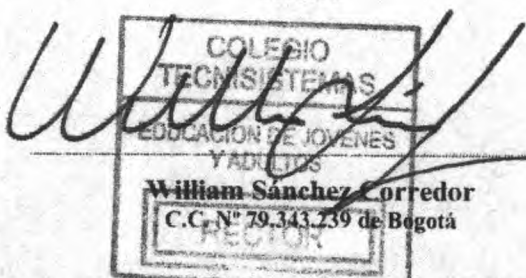
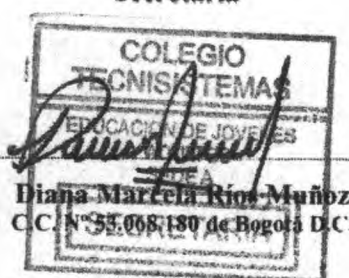
Rector y
Secretaria

Dada en Bogotá, D.C., a los 17 días del mes de Diciembre del año 2011

FIRMADA Y SELLADA

Rector

Secretaria





ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

AUTORIZACIÓN OFICIAL SEGÚN RESOLUCIÓN:
Nº 13-0095 DEL 12 DE NOVIEMBRE DE 2009
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D. C.

ACUERDOS DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Nº 118 DEL 23 DE DICIEMBRE DE 2008 Y Nº 149 DEL 21 DE MAYO DE 2009

ACTA DE CERTIFICACIÓN

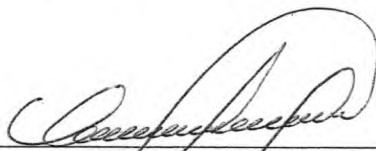
En la Ciudad de Bogotá, D.C., a los doce (12) días del mes de diciembre del año 2013 se reunieron los estudiantes y los suscritos Director y Secretaria de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"** con el fin de formalizar la terminación de estudios del programa académico **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** (Intensidad 1800 Horas). Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y culminaron los estudios correspondientes al programa **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, se procedió a otorgar **EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL**, de **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERÍA** al egresado cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

CUERO ORTIZ MÓNICA
C.C Nº 1.012.361.967 de BOGOTÁ D.C.

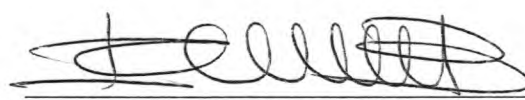
Es fiel copia tomada del Acta Original Nº 41 de fecha 12 de diciembre del año 2013 que comienza con el nombre de **ACERO HERNANDEZ YENNYFER ANDREA** y cierra con el nombre de **ZAPATA HERNANDEZ NATALIA**.

Firmado y sellado por **OVIDIO LÓPEZ ROBAYO** (Director) y **LUZ ANGELA MERCHAN BENAVIDES** (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C. a los veinte (12) días del mes de diciembre de 2013



El Director
C.C. Nº 17'324.744 de V/cio.



La Secretaria
C.C. Nº 35'464.906 de Usaquén.

Libro de Registro Nº 02 Folio 18

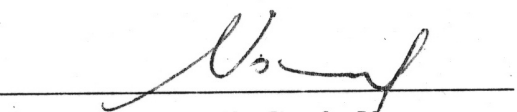
Certifica Que:

MONICA CUERO ORTIZ

Identificado (a) con C.C 1.012.361967

asistió a la Capacitación sobre Procesos y Procedimientos del Programa Ampliado de
Inmunizaciones No 017 con una intensidad de 30 horas

Dado en Bogotá, D.C a los 03 días del mes de Septiembre de 2015



Nohora Rosalía Cañón Vergara
Coordinadora PAI
Hospital Rafael Uribe Uribe

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO Y MEDERI

**Otorgan el presente
Certificado**

A **MONICA CUERO ORTIZ**

Por su asistencia y participación en el ***I CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO***, realizado entre el 6 y el 7 de septiembre de dos mil doce (2012), con una intensidad de dieciséis (16) horas académicas.

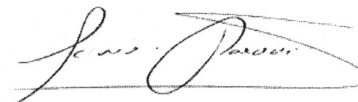
Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los siete (7) días del mes de septiembre de dos mil doce (2012).



RAFAEL RIVEROS DUEÑAS
Director Científico
Méderi



DIANA MARIA SILVA LIZARAZO
Directora
Educación Continuada



LEONARDO PALACIOS SANCHEZ
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de salud San Pedro Claver
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Héctor Cuero Ortiz 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:

Técnico en Auxiliar de Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento:

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Teléfono:

Héctor Cuero Ortiz
1012361967
1012361967
Kr 88 B 49 C 42 SUR
3057105487



**EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA
HACE CONSTAR:**

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con NIT. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** suscribió en su momento el contrato con **MONICA CUERO ORTIZ**, con C.C. No. **1.012.361.967**, cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

VIGENCIA	N° OPS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR
2014	822	4 de noviembre de 2014	2 de febrero de 2015	4.450.000
2015	639	3 de febrero de 2015	31 de enero de 2016	18.449.570
2016	432	11 de febrero de 2016	31 de julio de 2016	9.407.613

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE VIGILANCIA SANITARIA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

- 1.- Registrar la información en las viviendas sobre estructura poblacional conforme a los lineamientos establecidos por la SDS.
- 2.- Digitar la información de la vigilancia epidemiológica ambiental y sanitaria de la línea de aire, ruido y rem, en el aplicativo correspondiente.
- 3.- Aplicar las encuestas de caracterización de posibles factores de riesgo de enfermedad respiratoria por exposición a contaminación de aire.
- 4.- Atender de solicitudes, quejas y derechos de petición en conformidad a la normatividad vigente.
- 5.- Ejecutar actividades educativas acorde a estándares establecidos por la Secretaría Distrital de Salud.
- 6.- Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
- 7.- Atención a disponibilidad programada por la ESE ante eventos adversos.
- 8.- Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
- 9.- Canalizar y notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.
- 10.- Realizar Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaría Distrital de Salud.
- 11.- Desarrollar las acciones de su competencia de acuerdo a los lineamientos de la SDS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.361.967

CUERO ORTIZ

APELLIDOS
MONICA

NOMBRES

Monica Cuero Ortiz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

A+

F

ESTATURA

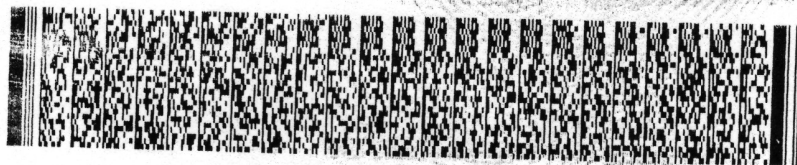
G.S. RH

SEXO

18-FEB-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00241744-F-1012361967-20100618

0022361635A 1

1190742809

ESTADO CIVIL



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14361934296



(415)7707212489984(8020) 0000014361934296

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 2 3 6 1 9 6 7 - 1

6. DV

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:

1 0 1 2 3 6 1 9 6 7

27. Fecha expedición:

2 0 0 8 0 2 1 8

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CUERO

32. Segundo apellido

ORTIZ

33. Primer nombre

MONICA

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 51 A SUR 87 D 87

42. Correo electrónico:

monikcortiz@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

4 7 3 3 8 9 8

45. Teléfono 2:

3 0 5 7 1 0 5 4 8 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

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
	1	2																

12- Ventas régimen simplificado

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 ☒

60. No. de Folios: 0

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



**DIRECCIÓN DISTRICTAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 01-02-2016
Hora: 9:52:16 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1012361967-1 MONICA CUERO ORTIZ

Información General

Dirección CL 51 A SUR 87 D 87

Teléfonos 3057105487

Dirección electrónica monikcortiz@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 20/10/2014

Soporte Inscripción 16326728

Fecha Inicio Actividades 01/01/2014

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:

Código de Verificación de Información: 16000494177



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 1948 de 14/02/2014
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación 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) CUERO ORTIZ MONICA Identificado(a) con CC número 1012361967 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 12/12/2013.

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 CUERO ORTIZ MONICA identificado(a) con CC número 1012361967 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 14/02/2014

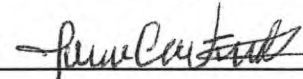

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Revisó : Andrea Casas Vargas.
Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C.

A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Monica Cuero Ortiz
CC. # 1012361967

Firma



Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1012361967

Primer Nombre *

monica

Primer Apellido *

cuero

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1012361967	MONICA		CUERO	ORTIZ	Ver

Información Detallada [CC: 1012361967] MONICA CUERO ORTIZ

Información Académica

Tipo Programa	Origen	Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local			Auxiliar de enfermería	2014/2/14	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).

ES

12:52
26/03/2018

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

At

Nombres:

Monica

Apellidos:

Quero or-12

Documento
de identidad:

C.C. rd

T.I. Pasaporte

No. 1012361967

Fecha de
Nacimiento:

Día 28

Mes 08

Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	23-01-19	12-20 OP8W13002	SRLO
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R	27 MAR 2018		Arceuca

Hepavax-Gene® TF iny.

Vacuna Hepatitis B (rDNA), Sin Timorosa

1 mL (20µg - 1 dosis- adulto)

Almacenar de 2°C - 8°C. NO CONGELAR
Janssen Vaccines Corp.

Reg. No.: INVIMA 2017M-0006143-R1

Lot No.: 1434034. 02

Exp. Date: 2020. 01. 10

I.M.

4524034-2

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	01.02.18	4502H05 M 0218	H.C.O
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	04-08-12	027L1007B	ladyll
	2	18-09-12	02419011C dc/12	leidyS
	3	30 Mayo 2013	024B1008B	leidyS
	4	31-01-15	024B2011D	leidyS
	5	04 FEB 2016	02273	Enid
Contra Hepatitis B	1	14 AGO	035B1009	IMMUNOSALUD
	2	18 SEP 2012	035B1009	IMMUNOSALUD
	3	02 FEB 2013	034TK02B	IMMUNOSALUD

PICK 14 AGO 2013

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras	TV	14 AGO 2013	HS 2331	IMMUNOSALUD



CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 12/09/2016 10:59:59

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: MONICA CUERO

C.C 1012361967

EDAD 27 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional



Visiometría



Audiometría



Espirometría



Exámenes de laboratorio

SI ☐

NO ☒

Glic ☐

Col ☐

Triglic ☐

Otros ☐

Cuales

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnóstico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO

☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL POR NUTRICION EPS / CONTROL MEDICO EPS

PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor

SI ☐

NO ☐

Se sugiere reubicación laboral

SI ☐

NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral

SI ☐

NO ☐

Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE



Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Dra. ESMERALDA RAMOS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. S.O 7122-2013

FIRMA DEL ESPECIALISTA



Escuela de Salud “San Pedro Claver”



Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Autorización Oficial según Resolución N° 13-0095 del 12 de Noviembre de 2009
de la Secretaría de Educación del Distrito Capital

Certifica:

Que: Mónica Cuero Ortiz

Identificada con C.C 1.012.361.967 de Bogotá

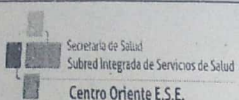
Asistió al I Curso de Capacitación en Soporte Vital Básico

Realizado en Bogotá, D.C., el 25 de agosto de 2012

Carolina Lara Romero
Enfermera Jefe Instructora

E.S.S.P.C.

Nelson Alberto Páez Morales
Coordinador Académico

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	23-01-2019	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Cuero	Ortiz	Flonica			
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		
C.C. ☒	CE ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1012361967	Bogota	18 febrero 2008	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒			
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
28/08/1981	Bogota	Colombia	Colombiana		
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR		
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐ DIVORCADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	1	3057105487	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA				PROFESION / OFICIO	
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒
CUAL:				Auxiliar de enfermería	
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA	
Kr88B49c4234	Bogota	Cundinamarca	Colombia	4733898	
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA			
esneideraero@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		
Rodriguez	Hurtado	Jose	edwin		
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		
C.C. ☒	CE ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	14476876	Buenaventura	20 febrero 2003	
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 ☐	Auxiliar de enfermería	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA.... ☐	OTRA.... ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA ☐ ICA ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	8692	
			AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒	

SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: ET-CA-FI-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA Subred Centro Oriente			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ INDUSTRIA ☐		# NIT 900959051					
EXPORTACIONES AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTARIOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: X					
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA Dp 34 5 43		TELÉFONO 344 214 84		CIUDAD/MUNICIPIO Bogotá		DEPARTAMENTO Cundinamarca	
CARGO ACTUAL Auxiliar de Enfermería		FECHA VINCULACIÓN 07-09-2016		PAÍS Colombia			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS \$0 HONORARIOS 1'550.00 ARRIENDOS \$0 COMISIONES \$0 OTROS INGRESOS* \$0		GASTOS FAMILIARES 700.000 ARRIENDOS \$0 CUOTA VEHICULO \$0 CUOTA VIVIENDA \$0 OTROS EGRESOS* \$0		AHORROS \$0 INVERSIONES \$0 VEHICULOS \$0 PROPIEDADES \$0 OTROS ACTIVOS* \$0		SALDO HIPOTECA \$0 TARJETAS DE CREDITO \$0 DEUDA VEHICULOS \$0 DEUDAS TERCEROS \$0 OTROS PASIVOS* \$0	
TOTAL INGRESOS 1'550.000		TOTAL EGRESOS 700.000		TOTAL ACTIVOS \$0		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 Zapata		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE Johana		SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN Cl 37 sur 78h 76		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS Bogotá Cundinamarca		TIPO RELACIÓN Amiga		TELÉFONO Fijo Y/O EXTENSIÓN/CELULAR 302 3890780	
7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)							
NOMBRE ENTIDAD Davivienda		TIPO DE PRODUCTO Cuenta de Ahorros		NÚMERO 002100134002		SUCURSAL Ciudad Jardín	
				TELÉFONO 3383838			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO		PAÍS/CIUDAD	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ CUAL:							
8. DECLARACIÓN 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.): Digite su profesión: Auxiliar de Enfermería							
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 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.							

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador publico 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 Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rii Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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 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 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 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 finalidades mencionadas 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.

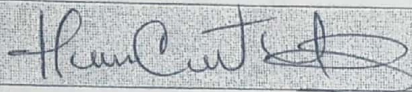
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente 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 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 2003 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se 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, teléfono 344 44 84, e-mail sarla@subredcentroorient.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MONICA CUERO ORTIZ identificado(a) con CC 1012361967 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 07/11/2014

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 22 días del mes de enero del año 2019.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MONICA CUERO ORTIZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,012,361,967**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1012361967

Numero de Documento

Seguros Bolivar

ARL

Honica

Primer Nombre

Segundo Nombre

Cuero

Primer Apellido

Ortiz

Segundo Apellido

28/08/1989

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota

Ciudad de Nacimiento

Kr88B49C4254

Dirección de Residencia

4733898

Teléfono Fijo

Famisanar colsubsido

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 1550.000

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Escriba su perfil tecnico o profesión

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

esneidercuero@gmail.com

Correo Electronico

3057105487

Celular

Honica Cuero Ortiz

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121120025



WEB

21:49:58

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MONICA CUERO ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012361967:

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 martes 22 de enero de 2019, a las 21:52:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1012361967
Código de Verificación	1012361967190122215246

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., 22 de Enero de 2019 - 21:57 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) **MONICA CUERO ORTIZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE** de BOGOTÁ, D.C.

1012361967

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
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: **1_UBG6H_5721**

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 11:01:05 horas del 23/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012361967**

Apellidos y Nombres: **CUERO ORTIZ MONICA**

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.



Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea





DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/03/26

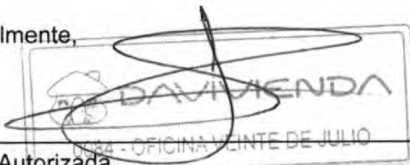
Por medio de la presente hacemos constar que la señora MONICA CUERO ORTIZ
con Cédula de Ciudadanía número 1012361967
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 002100134002

Fecha Apertura 2015/01/07

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA