REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.438.939**

CADENA GUTIERREZ

APELLIDOS

MARITZA

NOMBRES

Maritza Cadena G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ABR-1978**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

05-JUL-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00569052-F-0052438939-20140506 0038311498A 3 1162826605

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 21 de julio de 2022, a las 15:20:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52438939
Código de Verificación	52438939220721152003

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 201123139

WEB
15:23:33

Bogotá DC, 21 de julio del 2022

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) MARITZA CADENA GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52438939:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Autenticación de Certificado de Vigencia y Antecedentes Disciplinarios

Autenticación de Certificado de Vigencia y Antecedentes Disciplinarios

Nombre

Número de Identificación 52438939

No se encontraron matrículas asociadas al número de identificación o al número de matrícula ingresado. Por favor verifique la información relacionada en el formulario.

En caso de no encontrar su matrícula comuníquese con nosotros a través de la Línea Nacional: 018000 116590 o en Bogotá al: 3220191 - 3220102 o a través del Chat Institucional que se encuentra en nuestro Portal Web.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:27:13 PM horas del 21/07/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52438939**

Apellidos y Nombres: **CADENA GUTIERREZ MARITZA**

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.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/07/2022 04:29:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52438939** y Nombre: **MARITZA CADENA GUTIERREZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **37580426** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir


Información ::..
5159000
Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112
www.policia.gov.co

Bogotá, Julio 21 de 2022

Señora:
CADENA GUTIERREZ MARITZA
CC. 52438939
CL 8 BIS 70 35 PI 1 -
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 7 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CLAVIJO CADENA JUAN DAVID	1022347334	T	Ago-8-2012	104	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CADENA GUTIERREZ MARITZA	52438939	C	Jun-7-2012	112	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CLAVIJO HERRERA OSCAR ESNEYER	79961084	C	Ago-8-2012	104	100	COMPANERO(A)	NO VIGENTE	Mar-30-2016	Exclusion Beneficiario	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
MARITZA CADENA GUTIERREZ	52438939	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARITZA CADENA GUTIERREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52438939,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de julio de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Blanca Nubia Ramirez Aldana
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.

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. Ingreso 312724	Fecha Impresión 2019-12-09	Empresa Contratante	PARTICULARES
Nombre	MARITZA CADENA GUTIERREZ	Empresa a Laborar	
Cargo	TECNICO	Tipo de Examen	PRE - INGRESO
CC	52438939	Sede	ZONA INDUSTRIAL
Fecha Ingreso	2019-12-09 14:34:08	Fecha Salida	2019-12-09 14:55:15



Examenes Complementarios

Paraclinicos | **Laboratorio Clínico** | **Vacunas**

- EMO Pre Ingreso

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Ejercicio regular 3 veces / semana
- Control nutricional en EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

Recomendaciones Especificas Trabajador

MANTENER ÁNGULOS DE CONFORT EN PUESTO DE TRABAJO. ESPALDA ERGUIDA Y CORRECTAMENTE ALINEADA EN SEDENTE O BÍPEDO. ESPALDA FIRMEMENTE APOYADA CONTRA EL RESPALDO DE LA SILLA. MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL EN SEDENTE Y BÍPEDO EN EL PUESTO DE TRABAJO. REALIZAR EJERCICIOS DE GIMNASIA LABORAL CON ESTIRAMIENTOS DE MIEMBROS SUPERIOR *

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: MAYARIS CECILIA PIZARRO BADILLO
CC: 22671937
Registro médico: 2885/89
Licencia N°: 11423/15

Firma del trabajador: MARITZA CADENA GUTIERREZ
CC: 52438939

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL, **21/07/2022**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARITZA CADENA GUTIERREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52438939**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570008480287468**
Fecha de apertura	**28/03/2007**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14525256115

(415)7707212489984(8020) 000001452525611 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52438939	0	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	52438939	1996 07 05

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CADENA	GUTIERREZ	MARITZA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
DG 72 SUR 88 24

42. Correo electrónico fusda2013@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3002267130	7839170

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	2015 09 01					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 22

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14525256115

(415)7707212489984(8020) **000001452525611 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos de Bogotá 3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Mantenimiento y reparación de motocicletas y de sus partes y piezas 4 5 4 2	

162. Nombre del establecimiento: MOTO CLUB J .D

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: AV CALI 76 18 BRR LA GRANJA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 1 8 1 0 8 7 0	2 0 0 8 0 6 1 7	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
2 2 3 0 5 9 9	2 0 1 6 0 4 0 1	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:03/12/2021

CONTRIBUYENTE	C.C. 52438939	MARITZA CADENA GUTIERREZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 71A BIS 6C 95 Teléfonos: 2493039

Dirección electrónica: MARCADEGUT@HOTMAIL.COM Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 18/11/2009 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

ISO 9001 SGS CO18/8129

APROBACIÓN OFICIAL MINEDUCACIÓN # 19349 DEL 4 DE NOVIEMBRE DE 1980
REFORMA ESTATUTARIA 8963 DEL 11 DE SEPTIEMBRE DE 1991
SNIES 101332 RESOLUCIÓN NÚMERO 10070 DEL 10 DE NOVIEMBRE DE 2011
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SUSCRITO DECANO DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO
DEL POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO

H A C E C O N S T A R

Que, **CADENA GUTIERREZ MARITZA**, identificado(a) con Cédula de ciudadanía Nro. 52438939 de Bogotá D.C., código 100170559, cursó y aprobó (96) créditos académicos de un total de (133) correspondientes al programa de **PSICOLOGÍA VIRTUAL,** con una duración de (9) semestres en la en la modalidad virtual.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de febrero del año 2.022.

NOTA: Los certificados y/o constancias que presenten enmendaduras no tendrán validez. Por cada hora de clase el estudiante dispondrá de mínimo 1 hora de trabajo individual.

EDGAR SAMUDIO FORERO
DECANO

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO



COLEGIO EL LIBERTADOR
CALLE 14 No. 13 - 60
TELEFONOS 7751327-7750289
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E. 253 Inscripción Dane 311102-00083

En la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. a los veinticinco (25) días de Noviembre de 1994 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO "EL LIBERTADOR". Institución aprobada hasta el año de 1999 inclusive en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO según Resolución No. 398 del 2 de Marzo de 1993.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Maritza Cadena Gutiérrez
T.I. 780426-03936 de Usme

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 017 del 25 de Noviembre de 1994 que consta de 108 alumnos; que comienza con el nombre de AFANADOR ROJAS ALBA MILENA y se cierra con el nombre de ZAPATA PADILLA CAROLINA Firmada y sellada por LUIS MARIA HIDALGO DUEÑAS (Rector) y MARTHA MIREYA GONZALEZ LESMES (Secretario).

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre de 1994.

El Diploma y el Acta Individual de Grado estan exentos del Registro en la Secretaría de Educación, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994, del Ministerio de Educación Nacional.

Firmada y Sellada

LUIS MARIA HIDALGO DUEÑAS
Rector
C.C. 14.[illegible] de Bogotá

EL LIBERTADOR

MARTHA MIREYA GONZALEZ LESMES
Secretario
C.C. 51.792.948 de Bogotá

COLEGIO EL LIBERTADOR SECRETARIA

VISUAL LASER LTDA
Tel. 2682823 - 2442774.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Cadena	Gutierrez	Maritza

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 52438939 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 26 MES 04 AÑO 1978

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 8 BIS - 70 35

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

TELÉFONO: 3002267130 EMAIL: fusda2013@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 OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1994
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	9		X	PSICOLOGIA			

ESPECÍFIQUE 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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 - 39 36						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 - 39 36						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 - 39 36						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 - 39 36						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	06	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 - 39 36						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 - 39 36					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 - 39 36					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO #40 B 54					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - CL 9 39-36					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - CL 9 39 36					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 - 39 36					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 - 39 36					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2016	*Día*	10	*Mes*	01	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA FINANCIERA					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* - AV1 MAYO 40B 54					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA FINANCIERA					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FINANCIERA					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B-54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA FINANCIERA					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO						*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO						*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO						*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO						*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO II	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO						*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO II	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2012	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO II	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	03	*Año* 2012	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO II	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3512033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	02	*Año* 2012	*Día*	12	*Mes*	03	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO II	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - AV 1 MAYO 40B 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE BOSA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2009	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 65D SUR - 79C 90 Cl. 65d Sur #79C - 90					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL - BOGOTA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3616283	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2007	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO FINANCIERO					*DIRECCIÓN* - CALLE 20 SUR 8A 22						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL - BOGOTA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2398055	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	03	*Año* 2007	*Día*	19	*Mes*	05	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 20 SUR - 8						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD POLICLINICO DEL OLAYA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3612888	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	02	*Año* 2000	*Día*	21	*Mes*	11	*Año*	2003	
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL	*DEPENDENCIA* ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 21 N 22 68 sur. AV 68 con Ameritas.						

4 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	10	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	6

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Ninfa Cadena G.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Colegio El Libertador

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C. según Resolución No. 398 del 2 de Marzo de 1993

Confiere a:

Maritza Cadena Gutiérrez

T.I. 780426-03936 de Usme

el Título de:

Bachiller Académico

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

COMO NOTARIO VEINTITRES DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA

OCT 1996

NOTARIA VEINTITRES
WILLY VALEK MORA
SANTAFE DE BOGOTA D. C. - COLOMBIA

COLEGIO EL LIBERTADOR

Rector

Secretaria

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 25 de Noviembre de 1994

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO

y en su nombre

TECNIDENT

AREAS DE LA SALUD

INSTITUTO DE CAPACITACION EN AREAS DE LA SALUD

Con autorización oficial según Resolución No. 6178 del día 1o. de Noviembre de 1996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., teniendo en cuenta que:

Maritza Cadena Gutierrez

Con C.C. No. 52.438.939 expedida en Santafé de Bogotá

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

Auxiliar de Consultoría Odontológica

En constancia de lo anterior se expide el presente Certificado en la ciudad de Santa Fé de Bogotá, a los 10 días del mes de Diciembre de 1999

Director General

Director Académico

Secretario

Registrado al Folio 23-761 del libro de Certificados

JA

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO

y en su nombre

TECNIDENT

AREAS DE LA SALUD

INSTITUTO DE CAPACITACION EN AREAS DE LA SALUD

Con autorización oficial según Resolución No. 6178 del dia 1o. de Noviembre de 1996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., teniendo en cuenta que:

Maritza Cadena Gutiérrez

Con C.C. No. 52.438.939 expedida en Santafé de Bogotá

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

Auxiliar de Higiene Oral

En constancia de lo anterior se expide el presente Certificado en la ciudad de Santa Fé de Bogotá, a los 10 dias del mes de Diciembre de 1.996

Director General

Director Academico

Secretario

Registrado al Folio 24.791 del libro de Certificados

16

TECNIDENT
AREAS DE LA SALUD

Las profesiones del presente
que aseguran su futuro

CERTIFICACION DE GRADO

LA INSTITUCION EDUCATIVA TECNIDENT CON AUTORIZACION OFICIAL, MEDIANTE RESOLUCION No. 6178 del 1o. de NOVIEMBRE de 1996, EMANADA DE LA S. E. D.C. y ACUERDOS EJECUTIVOS DE MINSALUD No. 003 de 1993, 009 de 1995 y 014 de 1996

*En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de Diciembre de mil novecientos noventa y nueve (1999), se realizó la ceremonia de culminación de estudios, presidida por el señor DIRECTOR GENERAL, al Alumno (a): **MARITZA CADENA GUTIERREZ**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 52.438.939 de Bosa, de acuerdo al Reglamento Estudiantil de **TECNIDENT**, se le confirió el Certificado de Aptitud Ocupacional en:*

AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLOGICO

Se expide la presente, en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de Diciembre de mil novecientos noventa y nueve (1999)

Atentamente,

CARLOS ORLANDO FERREIRA PINZON
Director General

TECNIDENT
AREAS DE LA SALUD

Las profesiones del presente
que aseguran su futuro

CERTIFICACION DE GRADO

LA INSTITUCION EDUCATIVA TECNIDENT CON AUTORIZACION OFICIAL, MEDIANTE RESOLUCION No. 6178 del 1o. de Noviembre de 1996, EMANADA DE LA S. E. D. C. y ACUERDOS EJECUTIVOS DE MINSALUD No. 003 de 1993, 009 de 1995 y 014 de 1996

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de Diciembre de mil novecientos noventa y nueve (1999), se realizó la ceremonia de culminación de estudios, presidida por el señor DIRECTOR GENERAL, al Alumno (a): ***MARITZA CADENA GUTIERREZ,*** *identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 52.438.939 de Santafé de Bogotá, de acuerdo al Reglamento Estudiantil de* ***TECNIDENT,*** *se le confirió el Certificado de Aptitud Ocupacional en:*

AUXILIAR DE HIGIENE ORAL

Se expide la presente, en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de Diciembre de mil novecientos noventa y nueve (1999)

Atentamente,

CARLOS ORLANDO FERREIRA PINZON
Director General

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MARITZA CADENA GUTIERREZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52438939

Cursó y aprobó la acción de Formación

CONTROL DE LA INFECCIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCIÓN)

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Medellín a los Nueve (09) días del mes de Abril de Dos Mil Doce (2012)

SOFIA TERESA RESTREPO BETANCUR
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

SGCV20124045666

SGCV20124045666 09/04/2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

El Centro Policlínico del Olaya - Grupo CACE

CERTIFICAN QUE:

Maritza Cadena

Realizó los módulos correspondientes a la formación en

CULTURA DE SERVICIO,

dictados de noviembre de 2002 a Enero de 2003

DR. NICOLAS WILCHES ROZO
Director General - C.P.O

DR. JAIME GÓMEZ GIRALDO
Gerente General - CACE

Centro Policlínico del Olaya

24

Libertad y Orden

ceads

El Centro de Educación en Administración de Salud
"CEADS"

Certifica a:

Maritza Cadena Martínez
Identificado (a) con C.C. 52.438.939 de Bogotá

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:

Facturación y Auditoria de Cuentas Médicas
Realizado el 06 de Junio de 2009
Intensidad 12 Horas

En constancia se firma en Bogotá, a los 06 días del mes de Junio de 2009

Edgar Bernal Hernández
Subdirector Administrativo y Financiero
Encargado de las Funciones de Director

Ruth Valle Ballesteros
Subdirectora Académica

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MARITZA CADENA GUTIERREZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52438939

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Espinal a los Siete (07) días del mes de Mayo de Dos Mil Doce (2012)

PEDRO EDUARDO FONTAL APONTE
SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA
REGIONAL TOLIMA

SGCV20124158926 07/05/2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

CURSO BASICO DE PROTECCION RADIOLOGICA
I.P.S. ODONTOLOGICAS
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA C.P.O.

Certifica que :

MARITZA CADENA GUTIERREZ

c.c. No 52.438.939 de Bogotá

Asistió al curso de Protección Radiológica.

(30 HORAS)

Celebrado en la Avenida Boyacá No 130 – 46 (Hostería San Gabriel) durante los días 23, 24 y 25 de noviembre del 2.001; para dar cumplimiento a la Resolución 9031 de 1990

SANTAFE DE BOGOTA D.C. - 25 de noviembre del 2.001

Dra. LUCERO FLOREZ DE WILCHES
GERENTE- I.P.S. C.P.O.

Ing. EDUARDO SANCHEZ BECERRA
LICENCIA MINSALUD 635 DEL 2000

POLITECNICO CENTRAL

CENTRO DE CAPACITACION A NIVEL NACIONAL

SECRETARIADO BILINGUE SISTEMATIZADO

Nombre [illegible]

Documento de Identidad [illegible]

Nivel [illegible]

Intensidad Horaria [illegible]

Créditos INGLES BASICO, REDACCION Y LENGUAJE PROFESIONAL, MECANOGRAFIA BASICA, DOCUMENTO CORRECT.

POLITECNICO CENTRAL RECTOR

Rector

Secretaria

POLITECNICO CENTRAL SECRETARIA BOGOTA

Lugar Santafe de Bogota D.C.

Fecha Junio 15 de 1995

Santafé de Bogotá, D.C.
Centro: Carrera 8 No [illegible]
Teléfono 341775?
Calle 20 No 5-30
Tels. 2865733 - 2833172
Norte: Carrera 17 No 59-46
Teléfono 2110461

BUCARAMANGA
[illegible]
ARMENIA
Carrera 14 No 14-08
Teléfono 466109

PEREIRA
Carrera 2a No 13-16
[illegible]
MANIZALES
Carrera 22 No 24-36 Piso 2
Teléfono: 846741

CARTAGENA
Pie de la Popa
[illegible]
Carrera 21 No. 29B-64
Tel.: 6660652

CALI
Sede A: Av. 3B No. 23CN-47
[illegible]
Sede B: Av. 4B No. 23CN-18
Teléfono: 681796

CUCUTA
Sede A: Av. 2a No. 13-55
[illegible]
Sede B: Av. 6a No 16-20

BARRANQUILLA
Carrera 5? [illegible]
Teléfono: 3?7?66

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 Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-jul-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARITZA CADENA GUTIERREZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52438939 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Cl 8 bis #70-35 **Teléfonos** 3002267130 4477691

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN DAVID CLAVIJO CADENA	1022347334	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 24.083.062,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 24.083.062,00

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 Davivienda	Cuenta de ahorros	008480287468	TIMIZA	$ 75.800,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	Automovil	$ 6.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
RUTH	Arriendo	$ 1.000.000,00

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:

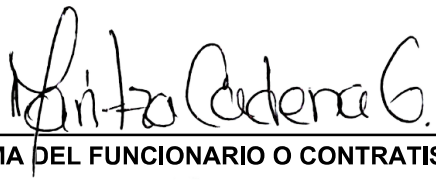
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	NÚMERO DOCUMENTO

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. 30-jul-2021

CIUDAD Y FECHA

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

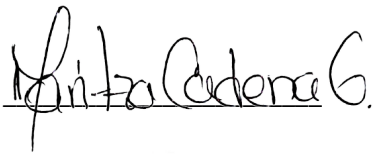
Razón social del responsable: Ministerio de Justicia y del Derecho
Domicilio: Bogotá, Colombia
Dirección: Calle 53 No. 13 - 27
Página Web: http://www.minjusticia.gov.co
Teléfono en Bogotá: PBX (+57) (1) 444 3100
Línea gratuita nacional: 01-800-09-11170
Correo Electrónico: servicio.ciudadano@minjusticia.gov.co

Los datos personales aquí recolectados serán recolectados, almacenados, procesados, usados, compilados, transmitidos, transferidos, actualizados y dispuestos conforme lo establece la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, compilado en el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015 (Único Reglamentario del Sector Comercio, industria y Turismo) y la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales del Ministerio de Justicia y del Derecho.

El Ministerio de Justicia y el Derecho como responsable del tratamiento de los datos personales aquí consignados, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013, informa al titular de los datos personales que le asisten los siguientes derechos: acceder a sus datos personales; conocer, actualizar y rectificar sus datos personales; solicitar prueba de la autorización otorgada; revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato; presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio y en general todos los derechos consignados en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012.

El Ministerio de Justicia y del Derecho ha establecido los siguientes canales para que estos derechos puedan ser ejercidos: a) Canal presencial: El ciudadano podrá presentar personalmente su solicitud relacionada con el tratamiento de sus datos personales en el Ministerio de Justicia y del Derecho, ubicado en la Calle 53 # 13-27 de Bogotá (única sede). b) Canal Telefónico: el ciudadano podrá comunicarse a la línea telefónica PBX (+57) (1) 4443100 o línea gratuita nacional 01-800-09-11170. c) Canal Virtual: Página web www.minjusticía.gov.co a través del link http://pqrs.minjusticia.gov.co o al Correo electrónico: servicio.ciudadano@minjusticia.gov.co

La Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales se encuentra disponible para su consulta en nuestra página web http://www.minjusticia.gov.co/ServicioalCiudadano/PoliticaProteccionDatosPersonales.aspx

Fecha: 21/07/2022 Firma del Titular de los datos Personales: 

C.C. 52438939 de: Bogotá