



Compra Eficiente

[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 14:01:21

luisa fernanda ga...



Esquema ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾

Buscar...



Inicio → Configuraciones de Perfil

Id de página: 14005862

Ayuda

Editar

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

Información del usuario

Género

Cargo

Título

Nombre completo

Nombre y apellido LUISA FERNANDA GARZON TOLEDO

Código del empleado

Tipo de documento

Número de documento

Fecha de emisión

Expedido por

Fecha de expiración

Dirección

Código postal





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 DISTANTIAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 13-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GARZON		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TOLEDO		NOMBRES LUISA FERNANDA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53042171			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES ENE AÑO 1986 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 26 SUR N 93 D 68 CASA 158 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3177448569 EMAIL luigigarzon1606@gmail.com		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										X	NOVIEMBRE	2004



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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 10 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 13 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO FACTURADORA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO	DIRECCIÓN CALLE 22 S 8 A 58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD INTERRAPIDISIMO SA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7456000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 5 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR SERVICIO AL CLIENTE	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN CARRERA 30 N 7 45	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ASISTO INGENIERIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7454600	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINISTRATIVA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN CALLE 63 D 19 - 33	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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 TELECENTER PANAMERICANA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6529800	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 11 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 3 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO EJECUTIVO SERVICIO AL CLIENTE	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO	DIRECCIÓN CALLE 98 A 69 C 00	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	1	1
PRIVADO	4	12
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Luisa F. García Toledo
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 DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUISA FERNANDA GARZON TOLEDO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 53042171 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CALLE 26 SUR N 93 D 68 CASA 158

Teléfonos 3177448569 3177448569

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SALOME CORREDOR GARZON	1141349528	HIJO(A)
GILMA STELLA TOLEDO GARCIA	51650002	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 6.293.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 6.293.000,00

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	0008480370421	20 JULIO	\$ 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.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DETALLADA DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION

CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION

CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS

TIPO DOCUMENTO

NÚMERO DOCUMENTO

C.C. ☐

C.E. ☐

T.I. ☐

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES

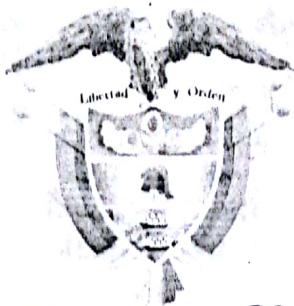
FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Luisa F. Garzón Toledo
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa Distrital
Centro Integral

José María Córdoba
Jornada Mañana

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C.,
según Resolución No. 2371 del 14 de Agosto de 2002

Confiere a:

Luisa Fernanda Garzón Toledo

C.C. 53.042.171 de Bogotá

el Título de:

Bachiller

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria

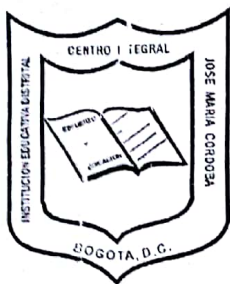


Anotado al Folio 004 del Libro para Control de Diplomas en el Plantel No. 2

Dado en Bogotá, D. C. a 27 de Noviembre de 2004

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según
Decreto 421 del 6 de Mayo de 1994, del Gobierno Nacional

AL SEÑOR Rector



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

I.E.D. CENTRO INTEGRAL JOSE MARIA CORDOBA

JORNADA MAÑANA
CALLE 48C No. 24-14 SUR
TELEFONO: 7698420
BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E.D J.M. 2000 BIS, J.T.3403

Inscripción DANE 11100109656

Código Icfes J.M. 020792, J.T. 020800

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **I.E.D. CENTRO INTEGRAL JOSE MARIA CORDOBA**, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO; según Resolución No. 2371 del 14 de Agosto de 2002.

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

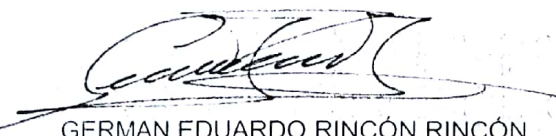
Luisa Fernanda Garzón Toledo

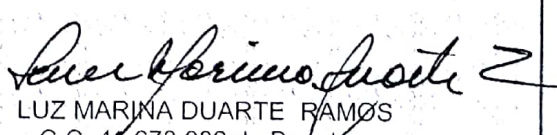
C.C. 53.042.171 de Bogotá

Es fiel copia del Acta Original No. 72 del 27 de Noviembre de 2004, consta de 181 estudiantes; comienza con el nombre de ACOSTA FORERO JAVIER ENRIQUE y cierra con el nombre de VIVAS PARRA NORMA ALEXANDRA. Firmada por **GERMAN EDUARDO RINCÓN RINCÓN** (Rector) y **LUZ MARINA DUARTE RAMOS** (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C. a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 2004.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, Gobierno Nacional.


GERMAN EDUARDO RINCÓN RINCÓN
C.C. 6.756.287 de Tunja
Rector


LUZ MARINA DUARTE RAMOS
C.C. 41.673.032 de Bogotá
Secretaria

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Luisa fde Garzón Toledo 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:

Bachiller Académico
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Luisa fde Garzón Toledo

No. de documento: 53042171

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: cl 26 sur # 93068

Teléfono: 3177448569

	CERTIFICACIÓN LABORAL		Código: GEH-GEH-R-11
	GESTIÓN HUMANA		Vigente desde: 23/09/2016
			Versión: 2

**EL SUSCRITO SUBDIRECTOR DE GESTIÓN HUMANA
DE INTER RAPIDISIMO S.A
NIT 800.251.569-7**

Certifica que:

LUISA FERNANDA GARZON TOLEDO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No.53042171 expedida en Bogotá.

Laboró para esta empresa, vinculado(a) mediante contrato individual de trabajo escrito discriminado de la siguiente manera:

Inicio	Termina	Modalidad
1 de Septiembre de 2016	17 de Mayo de 2017	Termino Fijo Inferior a un año

Desempeñó como último cargo **AUXILIAR DE SERVICIO AL CLIENTE**, en la ciudad de Bogotá.

Se expide en Bogotá D.C., el día 24 de Julio de 2017, por solicitud del interesado.



NIT. 800.251.569-7

**DIRECCIÓN DE
GESTIÓN HUMANA
JULIAN ANDRES GAONA TORO
Subdirector de Gestión Humana**

La información adicional podrá ser suministrada en el Teléfono 7456000 Extensión 432 de esta ciudad

Centro Nacional de Logística

Carrera 30 No. 7-45 PBX: 7456000 Fax: 5625000

ASISTO

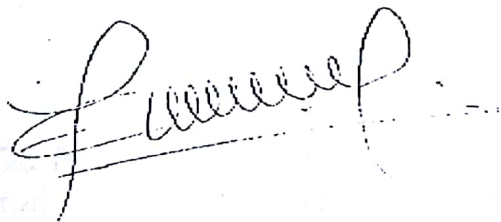
Quando todo va bien nadie necesita que exista. Cuando algo va mal, todos lo necesitan.
Quando es pa' gastar, es lo que no es necesario. Pero cuando realmente no se necesita,
todos convienen en que sea necesario.
A. S. Sant

CERTIFICACION

Nos permitimos Certificar que la señora **LUISA FERNANDA GARZON TOLEDO** identificada con C.C. No **53.042.171** expedida en Bogotá D.C., trabajo en esta Compañía con contrato a prestación de servicios como **AUXILIAR ADMINISTRATIVA** desde 01 de Septiembre de 2015 hasta el 31 de Agosto de 2016. Con una asignación Mensual de **UN MILLON DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$1.000.000)**, valor cancelado de forma mensual.

Se expide certificación a los 14 días del mes de Agosto de 2017 a solicitud del interesado.

Atentamente;



JENNY MARCELA RICO
GERENTE ADMINISTRATIVA
ASISTENCIA TÉCNICA ODONTOLÓGICA S.A.S.



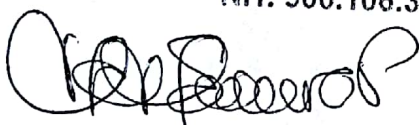
Telecenter Panamericana Ltda., a petición del interesado,

HACE CONSTAR

Que, **GARZON TOLEDO LUISA FERNANDA**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 53.042.171, trabajó al servicio de nuestra empresa con contrato a término Indefinido desde el 3 de Noviembre de 2009, hasta el 12 de Marzo de 2013, devengando un salario básico mensual de \$ 895.886.

Desempeñó el cargo de **EJECUTIVO DE SERVICIO AL CLIENTE HBA**

Atentamente,  **TELECENTER**
PANAMERICANA LTDA.
NIT. 900.106.364-7



MARIA MERCEDES SANTOS P.
Jefe Administrativo de Personal

Bogotá, Marzo 12 de 2013

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.042.171**

GARZON TOLEDO

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa Fernanda Garzón

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ENE-1986**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

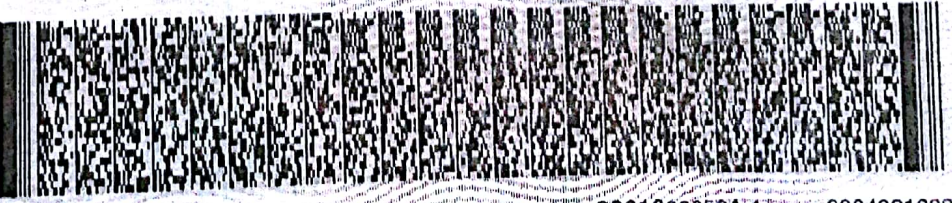
1.57 **A+** **F**

ESTATURA Q.S. RH SEXO

05-FEB-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-01021807-F-0053042171-20180711 0061890050A 9904931628

RADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

2. Concepto

02

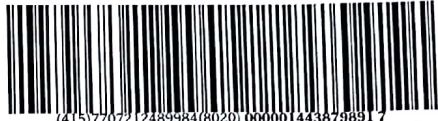
Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14438798917



(415)7707212489984(8020)0000014438798917

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

53042171-4

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

32

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

13

26. Número de identificación:

53042171

27. Fecha expedición:

20040205

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

169

29. Departamento:

Bogotá D.C.

11

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

001

31. Primer apellido

GARZON

32. Segundo apellido

TOLEDO

33. Primer nombre

LUISA

34. Otros nombres

FERNANDA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Bogotá D.C.

169

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

11

001

41. Dirección principal

CL 26 SUR 93 D 68

42. Correo electrónico:

luigigarzon1@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3878834

45. Teléfono 2:

3177448569

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8299

47. Fecha inicio actividad:

20171018

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

12

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

12

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:

12

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

123

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

60. No. de Folios:

61. Fecha:

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
 Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
 Firma del solicitante:

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

984. Nombre
 985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 21-11-2017 03:42:57PM

Scanned by CamScanner

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

Fecha: 21-11-2017
Hora: 3:51:25 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 53042171-4 LUISA FERNANDA GARZON TOLEDO

Información General

Dirección CL 26 SUR 93 D 68

Teléfonos 3878834-3177448569

Dirección electrónica luigigarzon1@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 16/09/2015

Soporte Inscripción 16939238

Fecha Inicio Actividades 16/09/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002413324

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO



OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

SALUD OCUPACIONAL PARA EMPRESAS
RESOLUCION N° 6227

RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 19/09/2017

MOTIVO DE EVALUACIÓN:

INGRESO ☒ PERÍODO ☐ RETIRO ☐ TRABAJO EN ALTURAS ☐

El suscrito médico especialista en salud ocupacional, hace constar que en la fecha ha realizado evaluación médica a:

NOMBRE: Luisa Fernanda Garzon Toledo

C.C. 53.042.171 TELÉFONO: 3177-46509

EVALUACIONES REALIZADAS

Examen médico	Si. Examen Físico Osteomuscular: Normal
Audiometría	No
Visiometría	No
Laboratorio Clínico	No

NOMBRE DE LA EMPRESA: Subred Centro Oriente
CARGO: Facturador de cuentas medicas

CONCEPTO DE VALORACIÓN MÉDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGIA ☒ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR ☐
APTO CON RESTRICCIÓN ☐ TIPO DE RESTRICCIÓN: _____

APLAZADO ☐ PARA _____

NO APTO ☐ POR MOTIVO _____
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR ☐

RETIRO ☐

SATISFACTORIO ☐

NO SATISFACTORIO ☐ PORQUE? _____

PERIÓDICO ☐

SATISFACTORIO ☐

REQUIERE REUBICACION ☐

RECOMENDACIONES Uso de elementos personales de proteccion, pautas de autocuidado
higiene postural, pausas activas durante su labor.

REMISIÓN A: _____

FIRMA PROFESIONAL Dario José Granado

FIRMA TRABAJADOR Luisa Fernanda Garzon
C.C.: 53042171

Principal : carrera 21 No. 26-52 sur. Teléfono: 278 3189 FAX: 408 19 86
Sede: carrera 21 No. 23 - 38 sur - Teléfono: 239 7687 - Barrio Olaya
www.centromedicooolaya.com - centromedicooolaya@gmail.com

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 2018-12-13 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 ☐ PARTICIPAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL: N/A

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: GARZON SEGUNDO APELLIDO: TOLEDO PRIMER NOMBRE: LUISA SEGUNDO NOMBRE: FERNANDA

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ N.I.T.P. ☐ No IDENTIFICACION: 53042171 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): BOGOTA

PASAPORTE: ☐ OTRO: ☐ N/A ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 1986-01-23 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASA ☐ DIVORCADO(A) ☐ ENCONJUNTO ☐ PERSONA A CARGO: 1 NUMERO DE HIJOS: 1 TELEFONO CELULAR: 3177448569

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TITULO ☐ BACHILLER ☒ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: N/A PROFESION / OFICIO: CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA: CALLE 26 SUR N 93 D 68 CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 3177448569

CORREO ELECTRONICO: LUIGIGARZON1606@GMAIL.COM PORTAL O PAGINA INTERNET: NO APLICA TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: N/A SEGUNDO APELLIDO: N/A PRIMER NOMBRE: N/A SEGUNDO NOMBRE: N/A

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ N.I.T.P. ☐ NUMERO IDENTIFICACION: N/A LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): N/A FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): N/A

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: N/A ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD: N/A

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: N/A			
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐				
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA... ☐					
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒	8299	ACTIVIDAD ECONOMICA	N/A
			ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐		
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒		
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA					
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO	N/A	SERVICIOS	☒	OTRO	☐
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:						
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS			
CRA 5 # 33 A 45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA			
CARGO ACTUAL	FACTURACION CONSULTA EXTERNA	FECHA VINCULACION	2017-10-01				

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	\$ 500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	\$ 1.410.000	ARRIENDOS	\$ 350.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 400.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1.410.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.250.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RICO	RINCON	JENNY	MARCELA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 26 SUR N 93 D 68	BOGOTA	AMIGA	3114561955

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	8480370421	BARRIO 20 JULIO	N/A

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PROY. SERVICIOS ☐	OTRO ☐	CUAL: N/A
--------------------------------------	--------------------------------------	---	------------------------------------	--	-------------------------------	-----------

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.):

FACTURADOR CONSULTA EXTERNA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por 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 público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

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 Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: sarlatf@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).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorient.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Luisa Páez Garzón Toledo

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:	

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
6. Resultado de la Entrevista:		ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	6. Firma y cédula:	
7. Firma y Cédula					



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUISA FERNANDA GARZON TOLEDO identificado(a) con CC 53042171 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 21/09/2017

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO IPANEMA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 16 días del mes de diciembre del año 2018.

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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARZON TOLEDO LUISA FERNANDA** identificado(a) con CC número **53.042.171** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 24 de agosto de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de diciembre de 2018.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2018121316172

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

53042171

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Luisa

Primer Nombre

fernanda

Segundo Nombre

Garzón

Primer Apellido

Toledo

Segundo Apellido

23/01/86

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

cl 26 sur # 93068

Dirección de Residencia

3177448569

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Protección

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Facturación consulta Externa

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

luisagarzon1606@gmail.com

Correo Electrónico

3177448569

Celular

Luisa f. Garzón Toledo

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119187623



WEB

16:25:27

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUISA FERNANDA GARZON TOLEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53042171:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 12:38:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	53042171
Código de Verificación	53042171181213123833

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



Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 16:31 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y TRES MILLONES CUARENTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA Y UN**

53042171

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_7FKDU_3016**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:37:22 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 53042171

Apellidos y Nombres: **GARZON TOLEDO LUISA FERNANDA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a
viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 • E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/13

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LUISA FERNANDA GARZON TOLEDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **53042171** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número: **008480370421**
Fecha apertura: **2017/09/20**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-1