


[Busqueda](#)
[Mis procesos](#)
[Menú](#)
[Ir a](#)
[Buscar...](#)
[Escritorio](#) → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página: 14005/69 [Ayuda](#) ?
[Editar datos resumidos](#) [Editar datos completos](#)

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

[Áreas de Interés](#)[Configuración Entidad Estatal / Proveedor](#)[Administración de usuarios](#)[Recomendaciones \(no disponible\)](#)[Biblioteca de documentos](#)[Suscripción a notificaciones](#)

Información general

Logo de la entidad



Nombre de la entidad Maria Clareth Molina Rodriguez

Nombre abreviado Mana Clareth Molina Rodriguez

Fecha de incorporación 10 días de tiempo transcurrido (16/11/2017 05:47 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

País de origen COLOMBIA

NIT 52441443

Tipo Entidad Estatal /
Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección Carrera 8 No 1f 39

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio

Código postal

Teléfono de oficina 3125123498

Fax de oficina

Correo electrónico de la
oficina mcmolinar21@gmail.comCorreo electrónico para
notificaciones SECOP II mcmolinar21@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono
-----------	--------	------	----------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

[Página web](#)[Facebook](#)[URL LinkedIn](#)[URL de youtube](#)[Twitter URL](#)

Contacto principal

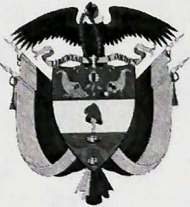
Título

Nombre Maria Clareth Molina Rodriguez

Cargo

Teléfono

3125123498



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 DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MOLINA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRIGUEZ	NOMBRES MARIA CLARETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52441443	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 21 MES NOV AÑO 1977 PAÍS Colombia DEPTO Caquetá CIUDAD El Doncello		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 8 No. 1F-39 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2467746 EMAIL mcmolinar21@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	1997

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X	PSICOLOGA	4 2014	143032
TC	4	X	TECNICO EN ANALISIS DE SISTEMAS	12 2000	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Sub Red Centro Oriente Unidad La Victoria	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hospitalizacion@esevictoria.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725610	DÍA 1 MES 8 AÑO 2015		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicologa Laborando actualmente en el	Salud Mental	Dg. 39 sur No. 3 20 Este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HRIS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	margaritar@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3103323605	DÍA 2 MES 2 AÑO 2015		DÍA 27 MES 7 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
HRIS	Visitas Domiciliarias	cra. 17 No. 103a 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ejercito Nacional Brigada XIII	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	bigup@ejercito.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5663459	DÍA 6 MES 8 AÑO 2013		DÍA 29 MES 11 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicologa	Psicologia Guardia Presidencial	Calle 6 No. 8 00	



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 CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-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 Ejército Nacional Brigada 13	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD bigup@ejercitonal.gov.co	
TELÉFONOS 5663459	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 11 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO Psicologa	DEPENDENCIA Psicologia	DIRECCIÓN Clle. 6 No. 8 00	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Competencia Humana	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD competenciahumana@hotmail.com	
TELÉFONOS 6105406	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO Psicologia	DEPENDENCIA Visitas domiciliarias	DIRECCIÓN calle 92 No. 11 07	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

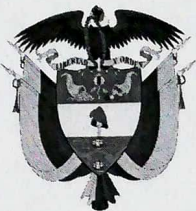
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	3	11
PRIVADO	3	10
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	9

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá D.C. - DIC/11/2018.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52441443 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Carrera 8 No. 1F-39

Teléfonos 3125123498 2467746

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
IRENE RODRIGUEZ	52092940	MADRE
JUAN ESTEBAN LINARES MOLINA	1027290329	HIJO(A)
JOSÉ ANSELMO MOLINA RODRIGUEZ	80489427	HERMANO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 2.000.000,00
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	\$ 2.000.000,00

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	008400734920	veinte de julio	\$ 100.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

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



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



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:

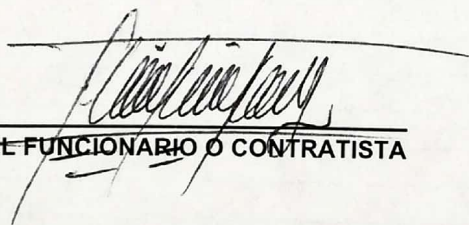
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 11-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

La Corporación Universitaria Iberoamericana

Personería Jurídica No. 0426 de enero de 1982

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

María Clareth Molina Rodríguez

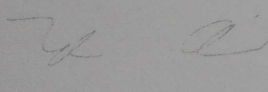
C.C. 52.441.443 Bogotá D.C.

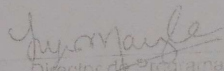
aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió los requisitos exigidos por los Reglamentos y la Ley, le confiere el título de

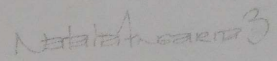
Psicóloga

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita.

Bogotá, D.C., Abril 25 de 2014


Rector


Director de Programa


Secretaria General

Corporación Universitaria Iberoamericana

ACTA DE GRADO 281 / 2014

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veinte y cinco (25) días del mes de abril del año dos mil catorce (2014), el Rector de la Corporación Universitaria Iberoamericana hizo entrega a:

MARÍA CLARETH MOLINA RODRÍGUEZ

Cédula de ciudadanía No. 52441443 de Bogotá D.C.

Del título de:

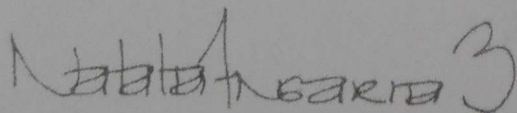
PSICÓLOGA

Al efecto, tomó al graduando el siguiente juramento:

Juráis ante Dios y prometéis a la Patria acatar y cumplir la Constitución y las Leyes de la República, mantener su independencia y libertades, ejercer vuestra profesión de acuerdo con las normas y cuidar y defender los principios filosóficos de la Institución.

Al manifestar cumplirlo, y previa autorización del Consejo Superior, se le hizo entrega del diploma que lo acredita como profesional, debidamente refrendado con el sello de la Institución y las firmas respectivas.

En fe de lo anterior, se firma la presente Acta.



NATALIA ANGARITA BARRIENTOS
Secretaria General

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ

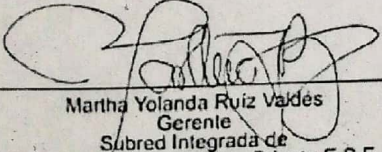
C.C.: 52441443

Asistió a la capacitación en:

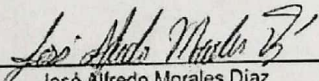
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

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


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente

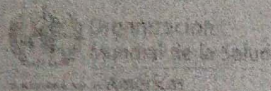
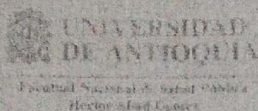
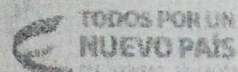
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


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


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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Medellín, Colombia, Noviembre de 2016

La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en asocio con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Ministerio de Protección Social hacen constar que:

Maria Clareth Molina Rodriguez

Participó y aprobó en el curso virtual

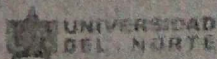
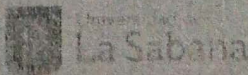
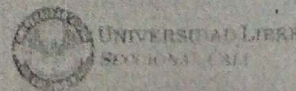
Desarrollo de Capacidades mediante la Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud Mental a nivel local, a través del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental - mhGAP

A través del Nodo Colombia del Campus Virtual de Salud Pública de OPS/OMS, con una duración de 60 horas

Dr. Alvaro Franco Giraldo
Decano
Facultad Nacional de Salud Pública

Dra. Gina Watson
Representante
OPS/OMS en Colombia

Dr. José Fernando Valderrama
Subdirector Enfermedades No Transmisibles Ministerio
de Salud y Protección Social





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y LA FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL EN GÉNERO Y FAMILIA "GENFAMI"

CERTIFICAN QUE:

MARÍA CLARETH MOLINA RODRÍGUEZ

C.C. 52.441.443

Completó el "CURSO DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIAS SEXUALES" con una duración de 40 horas semipresenciales.

Esta certificación se expide a los veinte (20) días del mes de mayo de 2016.

LIBIA ESPERANZA FORERO GARCÍA
Directora de Salud Colectiva
Subsecretaría de Salud Pública

ERIKA G. VELOZA MARTÍNEZ
Directora
GENFAMI

GENFAMI

MEJOR
PARA TODOS

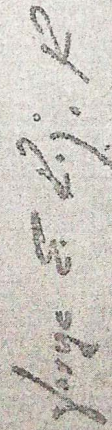
El Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Violencia
Intrafamiliar, Violencia y Explotación Sexual
y la Universidad Minuto de Dios

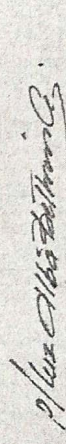
Otorgan el presente Diploma a:

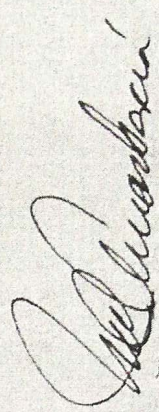
MARÍA CLARETH MOLINA RODRÍGUEZ

Por su asistencia y participación en el **DIPLOMADO PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, VIOLENCIA Y EXPLOTACIÓN SEXUAL**, dirigido a funcionarias y funcionarios que atienden las violencias en Bogotá D.C., realizado entre el 20 de agosto y el 20 de noviembre de 2015 con una intensidad de ciento veinte (120) horas.

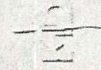
Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veinte (20) días del mes de noviembre de dos mil quince (2015).


JORGE ENRIQUE ROJAS RODRÍGUEZ
Secretario
Secretaría Distrital de Integración Social


Padre HAROLD CASTILLA DEVOZ c.j.m.
Rector Sede Principal
Corporación Universitaria Minuto de Dios


MARIA CONSUELO ARENAS GARCÍA
Subdirectora para la Familia
Secretaría Distrital de Integración Social

CONSEJO DISTRICTAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL
A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR,
VIOLENCIA Y EXPLOTACIÓN SEXUAL



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Fundada por el Obispo de Bogotá



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

HUMANANA
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADOS Y CONSULTORÍAS

Certifica que

MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ

C.C. 52.411.143

Cursó el Diplomado en

NEUROPSICOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Desarrollado entre el 3 de Julio y 30 de Agosto de 2013

Con una intensidad de 120 horas

Reg. 4391 Folio 947-1

Bogotá D.C., 08 de octubre de 2013

Yolanda Rodríguez
YOLANDA RODRIGUEZ
Directora de Posgrados y Consultorías

Natalia Acosta
NATALIA ACOSTA B.
Secretaría General

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA

CERTIFICA QUE

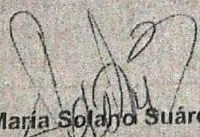
MARIA CLARETH MOLINA

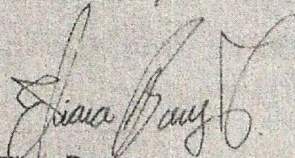
Asistió al:

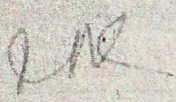
TALLER DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO

Intensidad Horaria 12 horas

Bogotá, Colombia Octubre, 2 y 3 de 2015


Dr. José María Solano Suárez
Presidente ASCON


Dra. Eliana Ramírez
Instructora


Dra. Natalia Restrepo
Instructora

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Maria Clareth Molina Rodriguez 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:

PSICOLOGA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 52441.443

Tarjeta profesional No: 143032

Dirección de contacto: Cra. 8 No. 1-f-39

Teléfono: 3125123498



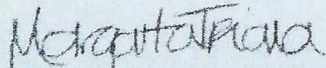
HRIS S.A.S

CERTIFICA QUE

Mantuvimos un convenio comercial a través de la prestación de servicios con el (a) señor (a) **MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52.441.443 a partir del 02 de Febrero de 2015 hasta el 27 de Julio de 2015 bajo el cargo de **PROFESIONAL DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD**.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de Julio de 2015.

Cordialmente,


MARGARITA TRIANA GOMEZ
Manager Director

HRIS S.A.S – Human Resources Integrated Solutions Nit: 900.638.458 – 3

PBX: (1) 6372171 – 3102323605

www.hris.com.co E-mail: mt triana@hris.com.co

Carrera 17 a # 103 a 50 Bogotá D.C – Colombia

COMPETENCIA HUMANA LTDA.

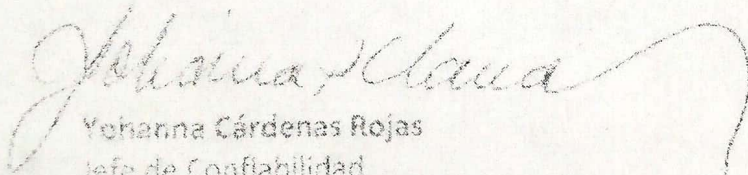
900030394-1

CERTIFICA

Que el (la) Doctor(a) María Clareth Molina Rodríguez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52441443 de Bogotá, presta sus servicios en esta empresa realizando inspecciones domiciliarias, con el cargo de Psicóloga Profesional en el área de Visitas Domiciliarias, desde Agosto 1 de 2011 hasta la fecha.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada a los cuatro (4) días del mes de octubre de 2014.

Cordialmente,



Yohanna Cárdenas Rojas
Jefe de Confiabilidad
Competencia Humana Ltda.
Bogotá - Colombia



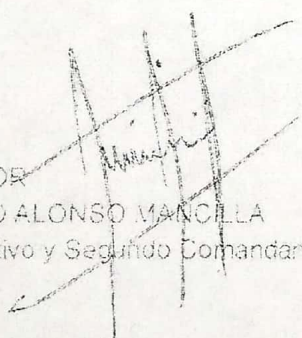
Los suscritos Mayor JAIRO ALONSO MANCILLA y Teniente Coronel JUAN CARLOS ESPINEL GARNICA, comandantes del Batallón de Infantería N°37 "Guardia Presidencial" a petición verbal de la interesada.

HACEN CONSTAR:

Que la señora MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.441.443 expedida en Bogotá, realizó la práctica profesional, desde el día 06 de Agosto de 2012, hasta el 26 de Noviembre de 2012, con una intensidad horaria de 30 horas semanales.

Que durante su permanencia en la institución, la señora MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ, se caracterizó por su eficiencia e idoneidad en las funciones asignadas, demostrando ética profesional y una conducta moral y social intachables.

Para constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá D. C., hoy 26 de noviembre de 2012.


MAYOR
JAIRO ALONSO MANCILLA
Ejecutivo y Segundo Comandante


TENIENTE CORONEL
JUAN CARLOS ESPINEL GARNICA
Comandante Batallón Guardia Presidencial



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL



El suscrito mayor SUAREZ GIRALDO CESAR AUGUSTO Comandante Ejecutivo del Batallón de Infantería No. 37 "Guardia Presidencial".

HACEN CONSTAR:

Que la Psicóloga en Formación MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.441.443 expedida en Bogotá, realizó la práctica profesional, desde el día 06 de Agosto de 2013, hasta el 29 de Noviembre de 2013, con una intensidad horaria de 30 horas semanales.

Que durante su permanencia en la institución, la Psicóloga en Formación MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ, se caracterizó por su eficiencia e idoneidad en las funciones asignadas, demostrando ética profesional y una conducta moral y social intachables.

Para constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá D. C., el 20 de noviembre de 2013.

MAYOR

CESAR AUGUSTO SUAREZ GIRALDO
CEL 3125327820

Batallón de Infantería No. 37 Guardia Presidencial
Carrera 8 No. 6-25 Barrio la Candelaria
Mail. guardiapresidencial@hotmail.es

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.441.443**
MOLINA RODRIGUEZ

APELLIDOS
MARIA CLARETH

NOMBRES

[Handwritten signature]
Firma



PULGAR DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: **21-NOV-1977**

EL DONCELLO
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

SANGRE

F

SEXO

08-ENE-1997 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EMISION

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION
BOGOTA D.C.



A 1500150 00005661-F 0052441443 20000424

000013814141

11-01-2017

	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001																																				
2. Concepto 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14325213023																																					
		 (415)7707212489984(8020) 000001432521302 3																																					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 4 4 1 4 4 3 - 0		6. DV 0 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá																																					
		3 2 14. Buzón electrónico																																					
IDENTIFICACION																																							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3																																					
26. Número de identificación: 5 2 4 4 1 4 4 3		27. Fecha expedición: 1 9 9 7 0 1 0 8																																					
28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.																																					
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		31. Primer apellido MOLINA																																					
32. Segundo apellido RODRIGUEZ		33. Primer nombre MARIA																																					
34. Otros nombres CLARETH		35. Razón social:																																					
36. Nombre comercial:		37. Sigla:																																					
UBICACION																																							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.																																					
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Dirección principal CR 8 1 F 39																																					
42. Correo electrónico: carenrodriguez@hotmail.com		43. Apartado aéreo 2 4 6 7 7 4 6																																					
44. Teléfono 1: 3 1 2 5 1 2 3 4 9 8		45. Teléfono 2:																																					
CLASIFICACION																																							
Actividad económica		Ocupación																																					
46. Código: 7 4 9 0		47. Fecha inicio actividad: 1 9 9 8 0 1 0 5																																					
48. Código: 8 6 9 2		49. Fecha inicio actividad: 2 0 0 0 1 0 1																																					
50. Código: 1 2		51. Código: 1 2																																					
52. Número establecimientos: 1 2																																							
Responsabilidades, Calidades y Atributos																																							
53. Código: <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																						
1	2																																						
12- Ventas régimen simplificado																																							
Usuarios aduaneros		Exportadores																																					
54. Código: <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																														
		56. Tipo <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																																					
		57. Modo <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																					
		58. CPC <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																					
Para uso exclusivo de la DIAN																																							
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de folios: 0																																					
61. Fecha: 2 0 1 5 0 1 2 3																																							
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 CUELLAR GARCIA ADRIANA PATRICIA 985. Cargo: Gestor I																																					

CONTRIBUYENTE NIT 52441443-0 MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ

Información General

Dirección KR 8 1 F 39

Teléfonos 3281627/3125123498

Dirección electrónica carenrodriguez@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 27/01/2015

Soporte Inscripción 16496328

Fecha Inicio Actividades 05/01/1998

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:



República de Colombia
Colegio Colombiano de Psicólogos

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090 de 2006

Nº 143032

MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ

C.C. 52.441.443

Expedida: 2014-05-15



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 10291 de 19/09/2014

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MOLINA RODRIGUEZ MARIA CLARETH Identificado(a) con CC número 52441443 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TÍTULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA el día 25/04/2014 y registrado en el libro 19 Folio 1907-4 año 2014.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

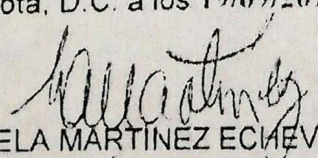
ARTICULO PRIMERO: autorizar a MOLINA RODRIGUEZ MARIA CLARETH identificado(a) con CC número 52441443 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 19/09/2014


ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Revisó: Yudy Rodríguez B.
Evaluó: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. _____

A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____

CC. # _____

Firma

Un. 3; No. 12 B)
Tel: 264 0000
www.salud.bogota.gov.co
Int. Línea 116



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MARIA CLARETH
MOLINA RODRIGUEZ

C.C. 52441447

PSICOLOGO(A)

Expedicion 02/10/2014

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

52441443

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2019-01-10→2:14:00 PM

<i>Tipo Identificación</i>	<i>Nro. Identificación</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>	<i>Primer Apellido</i>	<i>Segundo Apellido</i>	<i>Detalles</i>
CC	52441443	MARIA	CLARETH	MOLINA	RODRIGUEZ	Ver

Información Detallada [CC: 52441443] MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ**2019-01-10→2:14:00 PM****Información Académica**

<i>Tipo Programa</i>	<i>Origen Obtención Título</i>	<i>Profesión u Ocupación</i>	<i>Fecha desde que puede ejercer</i>	<i>Entidad Reportadora</i>
UNV	Local	Psicología	2014/9/19	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

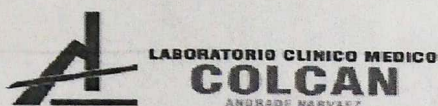


Orden No: **8278214**
Paciente: **MOLINA RODRIGUEZ MARIA**
Documento Id: **CC 52441443**
E.P.S: **HOS-USAQUEN**
Sede: **USAQUEN**
Servicio: **CONSULTA EXTERNA.**

8278214
Fecha de ingreso: **27-Aug-2018 3:19 pm**
Fecha de impresion: **01/10/2018**
Edad: **40 Años 9 meses 6 dias** Sexo
Telefono: **3125123498**
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

ANEXOS



Página 1 de 1



90304068

Nombre: **MOLINA RODRIGUEZ MARIA**
Identificacion: **CC 52441443** Tel.
Edad: **40 Años 0 Meses 0 Dias** Sexo **F**
Medico: **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento: **8278214**

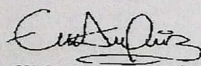
Fecha de recepcion: **03-sep-2018 3:51 pm**
Fecha de impresion: **17-sep-2018 2:48 pm**
Empresa: **ANALISIS TECNICOS LTDA**
Sede: **REFERENCIA**
Fecha Validacion: **03-sep-2018 8:11:00p.m.**

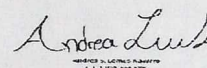
Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	13.8	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml


DRA. ELVIRA GISELA DIAZ IBANEZ
REC. 2. 092. 197
BACTERIOLOGIA


ANDREA LUIS
LABORATORIO CLINICO MEDICO
C.U. 1. 100. 100. 100

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
PT ACELULAR	1			
EUMOCOCO	1			
ENINGOCOCO	1			
NTIRRABICA	1			
	2			
	3			
E. TIFOIDEA	1			

CERTIFICADO DE VACUNACION
Centro Especializado en Vacunación

 **Nº 2700**

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 - COD. DEL PRESTADOR (110012180401)
(506890150504)

Nombre: M^{te} Clareth Molina Rodríguez

Identificación: 52.441.413

Teléfono: 3125123498 F.N. 21-NOV-79

SEDE BOGOTÁ: Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya - Tel: (01)408 21 80
Cel: 321 322 90 92 - 320 420 17 13 - WWW.vacunarcolombia.com

SEDE RISARALDA: C. Emp. Guadalupe Plaza Calle 35 No. 15-19
Of. 325 - Tel.: 342 88 90 - Cel: 310 799 11 24 - Dos Quebradas Risaralda

SEDE META: Cel: 320 420 40 74 - 310 674 82 24 - 320 420 17 13

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	17 NOV 2016	HEPAVAX L14S4024.03 25/11/2018	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.384.707-3
	2	19 DIC 2016	HEPAVAX L14S4024.03 25/11/2018	
	3	25 NOV 2017	HEPAVAX L 1434033.01 V. 2020-01-09	
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
TRIPLE VIRAL	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1	17 NOV 2016	TOXOIDE TETANICO L 60S1T V. 11 / 2018	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.384.707-3
	2	19 DIC 2016	TOXOIDE TETANICO L 60S1T V. 11 / 2018	
	3	25 NOV 2017	TOXOIDE TETANICO Y D L. 221501316A V. 05/2019	
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **17/11/2016 16:15:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ**

Cargo **INDEPENDIENTE**

Doc. Identidad **CC 52441443**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

2

3

5

6

8

9

EXAMEN DE INGRESO

SI

NO

NO APLICA: FALTA INFORMACIÓN

Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐

EXAMEN PERIÓDICO

SI

NO

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Requiere de restricción de actividades	☐	☐
Requiere de reubicación laboral temporal	☐	☐
Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
EXAMEN DE RETIRO		
Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☐
Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☒ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN

SI

NO

ARL

SI

NO

EPS

SI

NO

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE MIEMBROS INFERIORES FRECUENTEMENTE, EJERCICIOS VISUALES PARA EVITAR FATIGA OCULAR, RECOMENDACIONES DE TRABAJO SEGURO, CONTROL PREVENTIVO ANUAL POR MEDICO Y

Ana Karina Gomez N
Esp. Ger. Seguridad y Salud

En El Trabajo

Res. 36654 Del 23/10/17

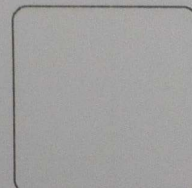
Ana Karina Gomez N

ANA KARINA GOMEZ NOVOA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 36719958 RM: 73205-2003

Clareth Molina

Trabajador: MARIA CLARETH MOLINA
CC: 52441443

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

OPTOMETRIA OCUPACIONALES

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Ana Karina Gomez N
Esp. Ger. Seguridad y Salud
En El Trabajo
Res 13654 Del 23/10/2015

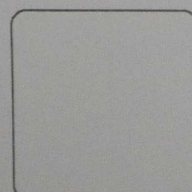
Ana Karina Gó

ANA KARINA GOMEZ NOVOA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 36719958 RM: 73205-2003

Clareth Molina

Trabajador: MARIA CLARETH MOLINA
CC: 52441443

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

Dirección: Calle 27 Sur 18C 02 Teléfono: 3661905 / 2392330 / 3665634 / 2395905
Email: info@juanpabloiiips.com

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ

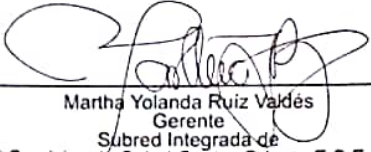
C.C.: 52441443

Asistió a la capacitación en:

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

Con una intensidad horaria de 20 horas

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


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente

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


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

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

FECHA: CIUDAD: Bogotá 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Molina SEGUNDO APELLIDO: Rodriguez PRIMER NOMBRE: Mario SEGUNDO NOMBRE: Clareth
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACIÓN: 52441443 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): Bogotá - Cundinamarca FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 1997/01/08
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 21/11/1977 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Doncello - Caquetá PAÍS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiano
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ PERSONA A CARGO: 2 NÚMERO DE HIJOS: 1 TELÉFONO CELULAR: 3125123498
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA: MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNÓLOGO ☐ CUAL: psicología psicóloga

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cs28 No. 1F-39 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS RESIDENCIA: Colombia TELÉFONO RESIDENCIA:
CORREO ELECTRÓNICO: mcmolinar21@gmail.com PORTAL O PÁGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELÉFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NÚMERO IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD):
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA ☐
CUAL:
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☐ IVA SI ☐ NO ☒
DECLARA RENTA: NO ☒ ICA SI ☐ NO ☒
PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☐ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☐
AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO: SI ☐ NO ☐ ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI ☐ NO ☒
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Subred integrada de servicios de salud centro oriente
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ # NIT:
EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: TELÉFONO: CIUDAD/MUNICIPIO: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia
CARGO ACTUAL: FECHA VINCULACIÓN:

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS: VENTAS ANUALES: CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: FECHA CONSTITUCIÓN: TIPO SOCIEDAD:

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
DIARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	1.000.000 =	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
NO DIARIOS	2.300.000 =	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
RENTAS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	800.000 =	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	2.300.000 =	TOTAL EGRESOS	1.800.000 =	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
peret	Triana	Cesar	Augusto
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CRD 8 No. 1F-39	Bogota - cond	cuñado	3105561183

7. REFERENCIA FINANCIERA			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL
Daviuenda	cta. Ahorros	8400734920	20 de Julio
		TELEFONO	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:			
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐			
			CUAL: <input type="text"/>

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

profesión como psicólogo en la sub red centro oriente Unidad victoria.

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 está obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran 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:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

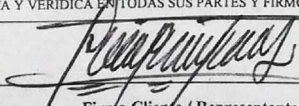
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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: sarlafti@subredcentroorientegov.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.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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


Firma Cliente / Representante Legal



X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **52441443** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52441443
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01-03-2018
FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA	VIGENTE
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	34
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	34

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **29/11/2018**

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR
SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 52.441.443, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

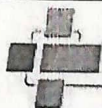
Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 29 de noviembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Centro Oriente E.S.E
Unidad de Servicios de Salud Centro Oriente

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52.441.443

Numero de Documento

Seguros Bolivar S.A.

ARL

Mario

Primer Nombre

Clareth

Segundo Nombre

Holina

Primer Apellido

Rodriguez

Segundo Apellido

21/11/1977

F. Nacimiento dd/mm/aa

Dancoello-Caqueta

Ciudad de Nacimiento

cra. 8 N. 1F-39

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Sura

EPS - Salud

Colfondos

AFP - Pensiones

\$ 2.700.000 =

Honorarios

psicólogo

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

mcmolinar21@gmail.com

Correo Electrónico

3125123498

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

19451012

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909403, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52441443	MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ	LA VICTORIA-ASISTENCIAL	3	2.436%	13/10/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 4 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118574673



WEB

15:08:02

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de noviembre 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) MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52441443:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 29 de noviembre de 2018, a las 15:11:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52441443
Código de Verificación	52441443181129151109

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2018 - 15:15 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 DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES**

52441443

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_2JYI_1415**

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 15:55:53 horas del 29/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52441443**

Apellidos y Nombres: **MOLINA RODRIGUEZ MARIA CLARETH**

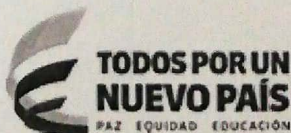
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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.



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

12/12/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA CLARETH MOLINA RODRIGUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52441443**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550008400734920

Fecha de apertura

11/08/2015

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA