

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ.

LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ con el NIT 52975444 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.



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: 14-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO OLAYA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PEREZ	NOMBRES LUZ ADRIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52975444	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 29 MES JUL AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 94A No 65-41 SUR BLOQUE 1 INT. 20 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7287291 EMAIL adriolaya83@yahoo.es

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	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	AÑO
										X	OCTUBRE	2000

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
TC	3	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	12 2004	52975444

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés	X			X			X		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-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
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	aph@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 9 MES 1 AÑO 2017		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULANCIA	SERVICIOS AMBULATORIOS	DIAGONAL 34 # 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA III NIVEL E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	servicios_ambulatorios@esesantaclara.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 2 MES 11 AÑO 2015		DÍA 8 MES 1 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULANCIA	SERVICIOS AMBULATORIOS	CARRERA 15 No 1 59 SUR	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	2	8
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	8

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: 14-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento : Bogotá 14 diciembre 2018

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52975444 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CARRERA 94A No 65-41 SUR BLOQUE 1 INT. 20

Teléfonos 3114086776 7287291

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HECTOR ORLANDO OLAYA WILCHES	0	PADRE
MARIA BELLANIRA PEREZ MORENO	21133665	MADRE
DIEGO ANDRES SOLER OLAYA	1000159429	HIJO(A)
KEVIN JOSE SOLER OLAYA	1001045177	HIJO(A)
NICOLAS SOLER OLAYA	1011208444	HIJO(A)
DULCEMARIA SOLER OLAYA	1011251291	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 18.300.000,00
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	\$ 18.300.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	102671468	AVENIDA PRIMERA	\$ 700,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	VIVIENDA	\$ 43.000.000,00
VEHICULO	AUTOMOVIL	\$ 7.000.000,00



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



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

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

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
NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	79840670

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Distrital Nuevo Kennedy

Jornada Nocturna

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.
según, Resolución No. 3683 de Noviembre 19 de 1999

En su programa de Jóvenes y Adultos del Centro Educativo Japón

Aprobado según acuerdo 23 de 1994 y anexo según,
Resolución 056 del 14 de Enero de 2000

Confiere A

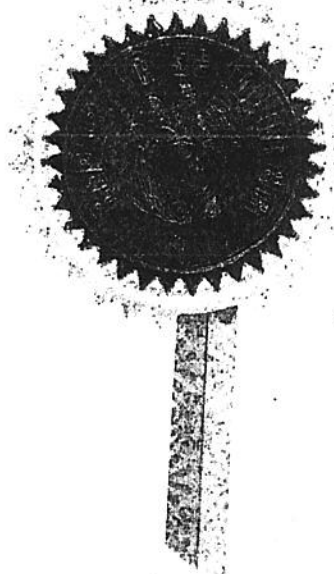
Luz Adriana Olaya Pérez

Identificado (a) conC.C. No. 8307229-10055... de Bogotá.....

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media, según los planes y programas vigentes.



Rector

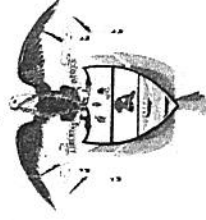
Secretario

Anotado al Folio No. 9 Libro de Registro No. 1

Dado en Bogotá D.C. a 13 de Octubre de 2000

"No requiere Registro" según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994

La República de Colombia
El Ministerio de Salud y en su nombre



La Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Educación No Formal

Por el Ministerio de Salud según Acuerdos No. 04 de Noviembre 30 de 1993 y No. 28 de Septiembre 3 de 1998 y Resolución No. 1535 del 14 de Abril de 1994 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital.

Teniendo en cuenta que

Luz Adriana Olaya Pérez

Identificado con la C.C. No. 52.975.444 de Bogotá, D.C.

terminado satisfactoriamente los estudios en la especialidad de
Crítico Auxiliar de Enfermería

Se confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional

Clavero

Recibido(a)

Secretario(a)

Dado en Santa Fe de Bogotá a 16 de Diciembre de 2004

Anotado al libro de Registro No.

O L

Folio

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. 2414

DANE 11100124663

COLEGIO DISTRITAL NUEVO KENNEDY PROGRAMA CEDA JAPÓN

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los Trece (13) días del mes de Octubre del año 2000

se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría del CENTRO EDUCATIVO JAPÓN JORNADA NOCTURNA, anexo al

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL NUEVO KENNEDY según Resolución No. 056 de Enero 14 de 2000

Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media y autorizada por Secretaría de Educación del Distrito para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADÉMICO

según Resolución No. 3683 del 19 de Noviembre del año 1999

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 TITULO DE, BACHILLER ACADÉMICO

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

OLAYA PÉREZ LUZ ADRIANA T.I. 830729-10055 DE BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 001 de fecha 13/10/2000 que consta de 49 alumnos que

comienza con el nombre de ACOSTA SILVA OSCAR JAVIER

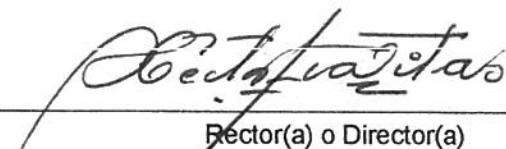
y se cierra con el nombre de ZAPATA SANTAMARÍA JOHN FABIO

firmado y sellado por HÉCTOR ALVARO SILVA TOLOZA (Rector)

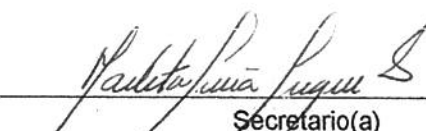
y MARTHA LUCÍA LUQUE GARZÓN (Secretario).

Dada en Bogotá, D.C. a los Trece (13) días del mes de Octubre del año 2000

Firmado y Sellado


Rector(a) o Director(a)

C.C. No. 19.128.786 de Bogotá


Secretario(a)

C.C. No. 41.676.811 de Bogotá

Diploma No. _____

**ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"**

APROBACION OFICIAL

ACUERDO No. 004 del 30 de NOV de 1993
ACUERDO No. 028 del 03 de SEPT. de 1998
RESOLUCION No. 1535 de abril 14 de 1994

Folio: 01

Inscripción S.E.D 1535 de 1994

Inscripción M.S.N No. 004 de 1993

Inscripción M.S.N No. 028 de 1998

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá, a los dieciséis (16) días del mes de diciembre de 2004 se reunieron con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de **TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"** institución aprobada por el **MINISTERIO DE SALUD** mediante Acuerdo Ejecutivo No. 04 de Noviembre 30 de 1993 y Acuerdo Ejecutivo No. 028 del 3 de Septiembre de 1998 y por la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO**, según Resolución No. 1535 de abril 14 de 1994 y autorizada para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL**. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de **TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, se procedió a otorgar el **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL** al Egresado cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

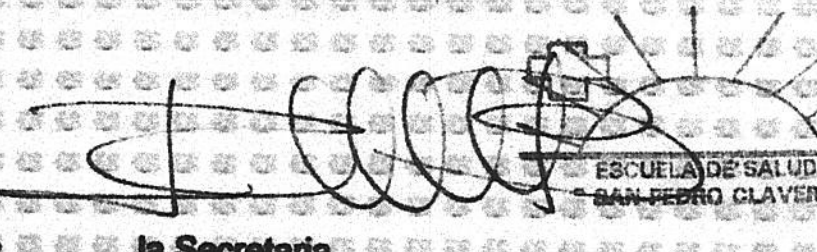
NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. O T.I.	EXPEDIDO EN
LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ	52.975.444	BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General original No. 23 de fecha diciembre 16 de 2004 que comienza con el nombre de ACHURY GUACANEME RODRIGO HERNAN y se cierra con el nombre de VILLAMIL OVALLE SONIA ANDREA

Firmado y sellado por OVIDIO LOPEZ ROBAYO (Rector) y LUZ ANGELA MERCHAN BENAVIDES (Secretaria).

Dada en Bogotá, a los dieciséis (16) días del mes de diciembre de 2004.


El Rector


La Secretaria

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1
			Versión: 02
			Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C. 14 Diciembre de 2018

Señores

Escuela de Salud San Pedro Claver

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Luz Adriana Olaya Perez., 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

Luz Adriana Olaya P.

No. de documento:

52975444

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Cra 94a # 65-41 Sur

Teléfono:

7287291 - 311 4086776

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.975.444**

OLAYA PEREZ

APELLIDOS

LUZ ADRIANA

NOMBRES

REPÚBLICA DE
COLOMBIA



Luz Adriana P.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUL-1983**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

07-SEP-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00880007-F-0052975444-20170131

0053349063A 1

1314275453

2. Concepto **02** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14343964022



(415)7707212489984(8020) 0000014343964022

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 9 7 5 4 4 4

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

28. Número de identificación:

5 2 9 7 5 4 4 4

27. Fecha expedición:

2 0 0 9 1 2 1 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

OLAYA

32. Segundo apellido

PEREZ

33. Primer nombre

LUZ

34. Otros nombres

ADRIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 94 A 65 41 SUR BL 1 CA 20 BRR EL RECREO

42. Correo electrónico:

adriolaya83@yahoo.es

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

7 2 8 7 2 9 1

45. Teléfono 2:

3 1 1 4 0 8 6 7 7 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 7 1 5

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma 56. Tipo

Servicio 1 2 3
57. Modo
58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 5 0 7 1 5

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:

[Firma manuscrita]

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ PEÑA ANA ISABEL

985. Cargo: Gestor I



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 22-08-2016

Hora: 2:09:32 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 52975444 LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ

Información General

Dirección KR 94 A 65 41 SUR BL 1 CA 20

Teléfonos 7287291 / 3114086776

Dirección electrónica adriolaya83@yahoo.es

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 15159911

Fecha Inicio Actividades 15/07/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001077575

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
08-03-2005

OLAYA PEREZ
LUZ ADRIANA
CC 52975444

AUXILIAR DE ENFERMERIA
SALUD

[Signature] *[Signature]*



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTÁ

Resolución No 1489 de 22/02/2005

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR 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) **OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA** Identificado(a) con CC número 52975444 expedida en **BOGOTÁ D.C** solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según **CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por **LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER** el día 16/12/2004 y registrado en el libro XX Folio XX año XX
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 **OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA** identificado(a) con CC número 52975444 expedida en **BOGOTÁ D.C** para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 22/02/2005

JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro: Víctor Sánchez
Revisó: Adriano Lozano

Bogotá, D.C. 8 MARZO 2005
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) LUZ ADRIANA OLAYA
CC. # 52975444 B+G

Firma [Firma]

Bogotá sin indiferencia

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 ▼

52975444

Primer Nombre *

LUZ

Primer Apellido *

OLAYA

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-14→10:52:54 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52975444	LUZ	ADRIANA	OLAYA	PEREZ	Ver

Información Detallada [CC: 52975444] LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ**2018-12-14→10:52:54 AM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2005/2/22	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Lu7 Adriana

Apellidos:

Olaya Perez

Documento
de identidad:

C.C.X T.I.

Paseaporte

No

5297544

Fecha de
Nacimiento:

Día **29**

Mes **07**

Año

1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	13 JUL 2015		<i>Carla</i>
	2	02 SEP 2015		<i>Giverni</i>
	3	03 FEB 2016 N3402101		<i>Ximena</i>
	R	3 FEB 17		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Vir: Pap: Hu:				

Vir:
Pap:
Hu:

AHBVC4766
10-2013
09-2016

Engerix - B
VACUNA ANTIGENO DE SUPERFICIE DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHSA) INACTIVADA. Contiene 10 microgramos de antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) adsorbido a hidróxido de aluminio. Cada dosis de 0.5 ml contiene 5 microgramos de antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) adsorbido a hidróxido de aluminio.

Engerix-B® (VHSA) es una vacuna inactivada que protege contra la infección por el virus de la hepatitis B (VHB). La vacuna está indicada para la prevención de la infección por el VHB en personas que no están infectadas por el virus y que no han sido vacunadas previamente contra el VHB.

Engerix-B® (VHSA) es una vacuna inactivada que protege contra la infección por el virus de la hepatitis B (VHB). La vacuna está indicada para la prevención de la infección por el VHB en personas que no están infectadas por el virus y que no han sido vacunadas previamente contra el VHB.

Engerix-B® (VHSA) es una vacuna inactivada que protege contra la infección por el virus de la hepatitis B (VHB). La vacuna está indicada para la prevención de la infección por el VHB en personas que no están infectadas por el virus y que no han sido vacunadas previamente contra el VHB.



24-E24-109648

No. de Orden : E24-109648	No. Interno : E24-109648
Paciente : OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA	Edad : 31 a 11 m 12 d
Documento Id : 52975444	Teléfono : 7287291
Empresa : CLINISUR IPS 1 LTDA	E-Mail : ADRIOLAYA83@yahoo.es
Sede : LAB REFERENCIA	No. Autoriza: 111

HBSAC**

Web

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

5.86 UI/L 0 - 0

se sugiere correlacionar con historia clínica.
 VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10
 Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
 10 - 100: Niveles de protección
 Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

VE. DETADU

FIRMA DE RESPONSABLE

RESPONSABLE

VE. BOLMAT

Firma: NATALIE RODRIGUEZ CORTES REG 1019034540

Fase pre analítica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)
 Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

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

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 12/10/2018 08:13:00
 PREOCCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
 NOMBRE Y APELLIDO: LUZ ADRIANA OLAYA C.C 52975444
 EDAD 35 años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☒	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☐
Visiometría	☒	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐
Audiometría	☐			Otros ☐
Espirometría	☐	Cuales		
		Radiografías		

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

APTO ☒ **MOTIVO PARA LABORAR**
NO APTO ☐ **MOTIVO**

OBSERVACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE / USO DE LENTES

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional SI ☐ NO ☐ Cual ☐

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL


FIRMA DEL PACIENTE



FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

Dra. Esmeralda Ramos
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic SO 7122 2013

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:

LUZ ADRIANA OLAYA PÉREZ

C.C.: 52975444

Asistió a la capacitación en:

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

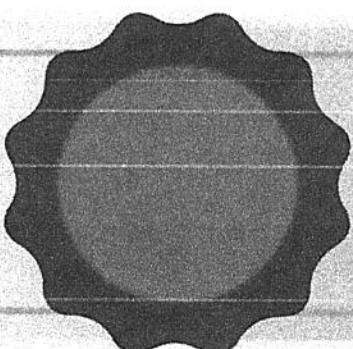
Con una intensidad horaria de 20 horas

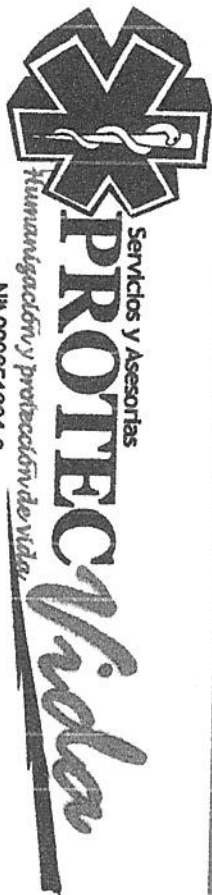
Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

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.





NIT 900651684-8

Certifica que:

LUZ ADRIANA OLAYA PÉREZ

Identificado (a) con documento No.

CC. 52.975.444 de Bogotá

Asistió y aprobó el curso

**SOPORTE VITAL BÁSICO
Y**

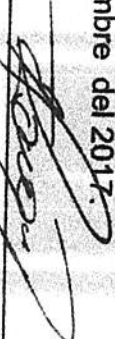
SOPORTE VITAL AVANZADO

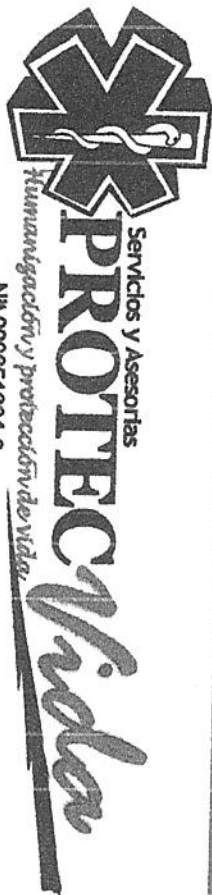
Con una intensidad horaria de 48 HORAS

Guías de lectura, del 01 de Noviembre al 11 de Noviembre de 2017 Taller Practico Realizado el 11 de Noviembre
Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su pagina 9, Art 38. y la
Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, acreditando 48 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años

Lo anterior se firma en Bogotá DC. el Día 11 del mes de Noviembre del 2017.


Javier Mauricio Peña Bonilla
Gerente General


Edgar Humberto Vasquez
Médico Instructor soporte vital
Basico y avanzado



NIT 900651684-8

Certifica que:

LUZ ADRIANA OLAYA PÉREZ

Identificado (a) con documento No.

CC. 52.975.444 de Bogotá

Asistió y aprobó el curso

**SOPORTE VITAL BÁSICO
Y**

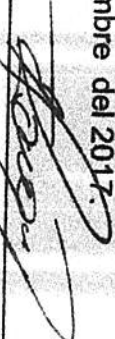
SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una intensidad horaria de 48 HORAS

Guías de lectura, del 01 de Noviembre al 11 de Noviembre de 2017 Taller Practico Realizado el 11 de Noviembre
Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su pagina 9, Art 38. y la
Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, acreditando 48 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años

Lo anterior se firma en Bogotá DC. el Día 11 del mes de Noviembre del 2017.


Javier Mauricio Peña Bonilla
Gerente General


Edgar Humberto Vasquez
Médico Instructor soporte vital
Basico y avanzado

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

FECHA: 2018-12-14 CIUDAD: BOGOTA D.C. DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
OLAYA		PEREZ		LUZ		ADRIANA	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUP ☐	52975444		BOGOTA D.C.	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒		2001-09-07	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
1983-07-29		BOGOTA D.C.		COLOMBIA		COLOMBIANO	
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐				4		4	
						3114086776	

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☒ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ CUAL: PROFESION / OFICIO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 94A # 65-41 SUR	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	7287291
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
adriolaya83@yahoo.es			PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
SOLER		VARGAS		NESTOR		OSWALDO	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUP ☐	79840670		BOGOTA D.C.	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒		NACIONALIDAD: COLOMBIANA	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA..... ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒
				CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
				8692	
				PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☒
				AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐
					NO ☒

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRORIENTE			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ INDUSTRIA ☐			# NIT 900959051-7				
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐							
OTRA ☐ CUAL: 							
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
DIAGONAL 34 # 5-43 SUR		344 44 84		BOGOTÁ D.C.		BOGOTÁ D.C.	
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE ENFERMERÍA AMBULANCIA			FECHA VINCULACIÓN	2016-01-10	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 1.525.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 1.100.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	\$ 50.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 250.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1.525.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.350.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 50.000.000	TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN 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	
LETRADO		PENAGOS		HAROLD		GILBERTO	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR	
CALLE 56A SUR # 82A-12		BOGOTÁ D.C.		AMIGO		3125594729	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
BANCO DE BOGOTÁ		CUENTA DE AHORROS		102671468	AV CALLE 1	3820000	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐						CUAL: 	
8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS							
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":							
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 20px;"> DESEMPEÑO ACTIVIDAD AUXILIAR DE ENFERMERIA </div>							

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, 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 las 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 adelanten 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.

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.

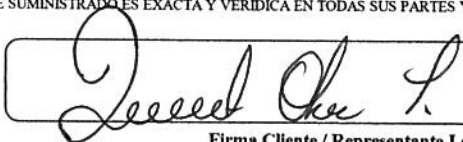
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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 sarlaft@subredcentrooriente.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 autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " 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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ identificado(a) con cedula ciudadanía 52.975.444 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180905	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

SUB RED CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10552809

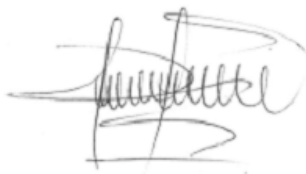
CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52975444**, se encuentra afiliado (a) desde **01/08/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52975444
Numero de Documento

BOLIVAR
ARL

LUZ
Primer Nombre

ADRIANA
Segundo Nombre

OLAYA
Primer Apellido

PEREZ
Segundo Apellido

29/07/1983
F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA
Ciudad de Nacimiento

CRA 94 A # 65 41 SUR
Dirección de Residencia

7287291
Teléfono Fijo

COMPENSAR
EPS - Salud

COLPENSIONES
AFP - Pensiones

\$ 8470 HORA
Honorarios

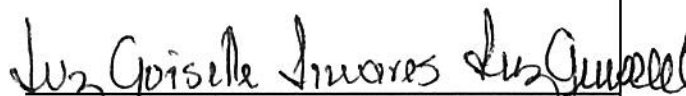
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

adriolaya83@yahoo.es
Correo Electrónico

3114086776
Celular


Firma del Afiliado


Firma y Nombre Supervisor del Contrato
c.c. 52'023. 897 Bto

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119303926



WEB

12:58:55

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 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) LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52975444:

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 lunes 17 de diciembre de 2018, a las 13:02:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52975444
Código de Verificación	52975444181217130234

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., 17 de Diciembre de 2018 - 13:03 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 NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO**

52975444

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: **12_JCIV5_0313**

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 13:04:49 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52975444

Apellidos y Nombres: **OLAYA PEREZ LUZ ADRIANA**

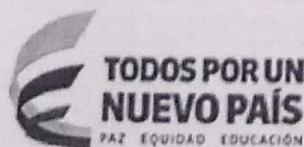
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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.



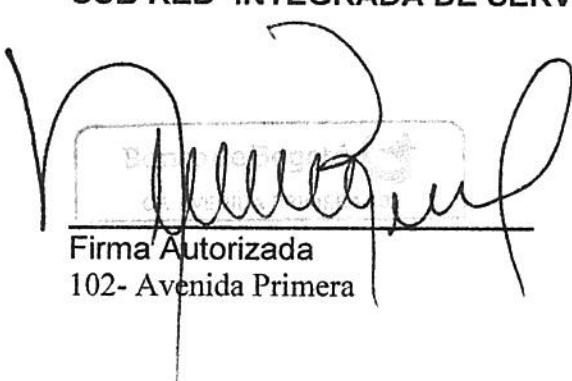
Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm
y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 /
9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

El **BANCO DE BOGOTA** a solicitud del interesado informa que la Señora **LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ** identificado(a) con CC **52975444** está vinculado con el **BANCO DE BOGOTA** oficina Avenida Primera 102 con el siguiente producto financiero:

CUENTA AHORROS 102671468 FECHA DE APERTURA 30 DE JUNIO DE 2016, VIGENTE Y ACTIVA A LA FECHA.

Se expide en BOGOTA el día 24 del mes de agosto del año 2016 con destino a:

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE


Firma Autorizada
102- Avenida Primera

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO.