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

Última Actualización: 21-nov-2019

1 — DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
HERRERA	CRUZ	LUCY STELLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51649881

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 18 MES AGO AÑO 1962

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

CIUDAD: Cáqueza

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CR. 63 No. 22-10

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 4782799

EMAIL: stellaherre1962@hotmail.com

2 — FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1977
										X	

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*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Especialización Universitaria	4	X		ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA NEFROLOGICA DEL ADULTO	11	2008	
Especialización Universitaria	4	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD	4	2002	
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	12	1985	16579

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: 21-nov-2019

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 2856288	*FECHA DE INGRESO* DIA 20 MES 2 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERIA	*DIRECCIÓN* Cr. 5 No. 33A-45	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 3282828	*FECHA DE INGRESO* DIA 10 MES 2 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 11 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO COORDINADORA DE UCI	*DEPENDENCIA* ENFERMERIA	*DIRECCIÓN* AV. CARACAS CON CR. 1	

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

Última Actualización: 21-nov-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: C.I. ITOCHU COLOMBIA S.A.	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3100788	*FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 7 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 2 MES 1 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: ASESORA TÉCNICA Y COMERCIAL DE	*DEPENDENCIA*: AREA COMERCIAL	*DIRECCIÓN*: CLL. 72 No. 10-07 oficina 1201	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: INNOVACIONES MEDICAS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 0	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: ASESORA COMERCIAL	*DEPENDENCIA*: AREA COMERCIAL	*DIRECCIÓN*: CALLE 26 CON AV ROJAS	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ADECCO	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 0	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 10 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA 23 MES 4 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA JEFE DE UNIDAD RENAL	*DEPENDENCIA*: Area Comercial	*DIRECCIÓN*: CALLE 100 CON AUTOPISTA NORTE	

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

Última Actualización: 21-nov-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: FRESENIUS MEDICAL CARE	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 2941400	FECHA DE INGRESO: DIA 8 MES 10 AÑO 1999	FECHA DE RETIRO: DIA 9 MES 11 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA JEFE DE UNIDAD RENAL	DEPENDENCIA: UNIDAD RENAL	DIRECCIÓN: VIA SIBERIA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3486868	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 3 AÑO 1993	FECHA DE RETIRO: DIA 3 MES 12 AÑO 1999	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA JEFE	DEPENDENCIA: ENFERMERIA	DIRECCIÓN: CR. 5 No. 49-00	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	16	5
Pública	3	6
Total	20	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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: 21-nov-2019

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

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

Bogotá, Diciembre 16 | 19

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 21-nov-2019

I. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUCY STELLA HERRERA CRUZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 51649881 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CR. 63 No. 22-10 **Teléfonos** 3114912255 4782799

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
VERONICA PARRADO HERRERA	1015476082	Hijo(a)
ALICIA CRUZ DE HERRERA	20438811	Madre
DAVID SANTIAGO ESPELETA HERRERA	1007812248	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	$ 29.867.000,00
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	$ 29.867.000,00

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 Davivienda	Cuenta de ahorros	001070032402	SANTA ISABEL	$ 100.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	1635700	$ 324.055.000,00
Vehiculo	CHEVROLET AVEO	$ 12.740.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 21-nov-2019

BANCO DAVIVIENDA	LEASING HABITACIONAL	$ 67.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
ENFERMERA	OPS

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-nov-2019

CIUDAD Y FECHA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Consecutivo No. 1075

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SE PERMITE INFORMAR QUE:

La señora **LUCY STELLA HERRERA CRUZ**, identificada con CC. N° 51.649.881, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CONTRATO
PS 3062 2017	20-02-2017	31-03-2017	$ 4.303.200
PS 3275 2017	01-04-2017	09-01-2018	$ 28.150.100
PS 0672 2018	10-01-2018	31-01-2019	$ 44.254.500
PS 0889 2019	01-02-2019	31-07-2019	$ 17.409.600

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIA Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS ÚLTIMO CONTRATO
1. Recibir y entregar el turno de enfermería recibiendo información e informando sobre la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio, del carro de paro, los traslados, ingresos, de actividades, relaciones familia – paciente y demás, con el fin de proporcionar al turno entrante la información necesaria para la continuidad del plan . 2. Formular el plan de cuidado de enfermería a cada paciente de acuerdo con la patología, la evolución y las órdenes médicas para definir lo que se debe ejecutar. 3. Distribuir entre los los auxiliares de enfermería los pacientes y las actividades especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente. 4. Aplicar los procedimientos propios de enfermería tendientes a promover la recuperación del paciente. 5. Revisar la Historia Clínica teniendo en cuenta las órdenes médicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la información. 6. Registrar en la historia clínica todas las acciones relativas al cuidado del enfermo para dejar constancia científica y legal de lo actuado. 7. Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información para consolidar la producción de la unidad y las especialidades. 8. Establecer las medidas necesarias para brindar una atención con calidad permitiendo dar solución a las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al paciente, integrando a las diferentes especialidades médico quirúrgicas. 9. Realizar actividades de educación continuada dirigida a los estudiantes y el personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. 10. Desarrollar actividades de actualización y discusión de casos tendientes al mejoramiento continuo de la calidad de la atención al paciente. 11. Realizar análisis de morbi –mortalidad y auditoria que promuevan procesos de mejoramiento continuo. 12. Evaluar las necesidades de medicamentos, elementos médico quirúrgicos y demás insumos requeridos para la atención del paciente con el fin de realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia y velar por el uso racional de los mismos. 13. Socializar y mantener actualizados los procesos y procedimientos para unificar criterios en el desarrollo de las actividades. 14. Promover y realizar investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes. 15. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 16. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato 17. En caso de presentarse novedades, informar

Emitir conceptos médicos que se le requieran de conformidad a su especialidad. 14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. 15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. 16. Tener la disposición de participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. 18. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 19. Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. 20. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 21. Mantener la reserva de la información. 22. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 23. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 24. Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica. 25. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas. 26. Descripción macroscópica de muestras del área quirúrgica y remitidos al laboratorio de patología, con el fin de elaborar su posterior lectura, corrección del informe escrito, solicitud de nuevos cortes, solicitud de coloraciones especiales y toma de cortes adicionales. 27. Recepción de líquidos para su lectura y corrección del informe escrito. 28. Descripción microscópica de muestras remitidas al laboratorio de patología, con el fin de elaborar su posterior lectura y corrección del informe escrito. 29. Realizar los respectivos informes, incluyendo revisión de la literatura. 30. Realizar la práctica de autopsias. 31. Diligenciar certificados de defunción de los pacientes autopsiados. 32. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad con el fin de disminuir los riesgos tanto para los funcionarios como para la comunidad y el medio ambiente. 32. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. 33. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 12 días del mes de abril de 2019.

La presente certificación se expide con base en la información que se encuentra registrada en las Bases de Datos de las vigencias anteriores al 31 de marzo de 2016, transferidas por los antiguos Hospitales que conforman la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., según las disposiciones del Decreto No. 029 de 2015 que reglamenta el proceso de entrega y-o transferencia de los archivos públicos de las entidades que se suprimen, fusionen, privaticen o liquiden; y que desarrolla el artículo 20 de la Ley 594 de 2000 y el artículo 39 del Decreto Ley 254 de 2000, y con la información de las bases de datos de la Subred a partir del 1 de abril de 2016

Para mayor información favor comunicarse al celular 3045952563 o dirigirse a la Avenida Caracas # 33A-11, Dirección de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Técnico Administrativo OPS
Revisó: Lidia Mayorga Lancheros – Abogado Contratista Referente OPS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

NIT 860.020.188 - 1
ÁREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **HERRERA CRUZ LUCY STELLA**, identificado con cédula de ciudadanía **51,649,881**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con esta institución así:

AS 0962 2015	del	10 de febrero al 28 de febrero de 2015
AS 1164 2015	del	04 de marzo al 31 de agosto de 2015
AS 2064 2015	del	07 de septiembre al 31 de octubre de 205
AS 3105 2015	del	06 al 30 de noviembre de 2015

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AS 3105 2015, plazo de ejecución del 06 al 30 de noviembre de 2015, honorarios promedio mensuales ($2.805.141) y actividades como PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO ENFERMERO.

Se expide la presente certificación a los veinticinco (25) días del mes de noviembre de dos mil quince (2015) a solicitud del interesado.

NUBIA YANNETH OSTOS BUSTOS
Profesional Especializado Talento Humano

		ELABORÓ	
FIRMA		Ana Sofía Botina Muñoz	
NOMBRE		Profesional Talento Humano	
CARGO			

C.I. ITOCHU Colombia S. A.

NIT. 860.040.347-1

C E R T I F I C A M O S

Que la señora ***LUCY STELLA HERRERA CRUZ*** *identificada con Cédula de Ciudadanía No.* ***51.649.881*** *de Bogotá, laboro en nuestra compañía desde el 23 de julio de 2012 hasta el 02 de enero de 2014 con contrato a termino indefinido, desempeñándose como* ***ASESORA TECNICA Y COMERCIAL UNIDAD RENAL*** *y devengando un salario mensual variable de* ***DOS MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS MCTE ($2.902.960.oo) .***

La presente se expide en Bogotá D.C. a solicitud de la interesada a los dos (02) días del mes de enero de 2014.

Cordialmente,

FEDERICO GUAQUETA ARDILA
Director Administrativo y Financiero

FAX: (57)-1-347 06 90

CERTIFICACION

INNOVACIONES MEDICAS LTDA, NIT. 830.504.243-8, certifica que **LUCY STELLA HERRERA CRUZ,** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.649.881 de Bogotá, laboró en esta Empresa desde el 24 de Marzo de 2011 hasta el 26 de Noviembre de 2011 con contrato individual de trabajo a término fijo inferior a un año.

CARGO QUE DESEMPEÑO: VISITADOR MEDICO

Salario Devengado.....	$1.100.000
Auxilio de Transporte	150.000
Bono de Movilidad sin incidencia salarial.....	300.000

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 6 días del mes de Diciembre del año Dos Mil Once (2.011).

Atentamente,

ALEJANDRINA GARZON RIOS
C.C. 39.784.070 USAQUEN
T.P83753-T
REVISORA FISCAL
INNOVACIONES MEDICAS LTDA

Adecco

CERTIFICACION

ADECCO COLOMBIA S.A., se permite **CERTIFICAR** que la señora **LUCY STELLA HERRERA CRUZ**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número No.51.649.881, ha laborado con contratos sucesivos como trabajadora en Misión ante la empresa usuaria RTS LIMITADA, en la ciudad de Bogota, mediante contratos por obra o labor así:

Del 18/10/2007 al 09/02/2008
Del 13/02/2008 al 29/02/2008
Del 04/03/2008 al 25/03/2008
Del 03/04/2008 al 23/04/2008

Siendo el último de estos desde el 03 de Mayo de 2008 el cual esta vigente a la fecha.

Que el cargo ha desempeñado es el de **ENFERMERA (A) JEFE,** con un Sueldo Básico mensual de **($1'886.800.oo)** MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

La presente certificación se expide por solicitud del trabajador, con fecha 05 de Junio de 2008.

Atentamente,

Adecco
Trabajo Temporal

LEONARDO ANDRES MEDINA ALVARADO
RESPONSABLE DE GESTION
SUCURSAL INDUSTRIAL
ADECCO COLOMBIA
PBX 4471313 EXT 106

Fresenius Medical Care

Fresenius Medical Care Colombia S.A.
Diag. 25G No. 95A-85
Conmutador.0057-1-2941400
Bogotá, D.C.

EL JEFE DE PERSONAL Y DESARROLLO

CERTIFICA:

Que la señora **LUCY STELLA HERRERA CRUZ,** quien se identifica con cédula de ciudadanía No. **51.649.881** de **Bogotá**, laboró en nuestra firma desempeñando el cargo de **Jefe de Enfermeria** en **Programa HD San Jose** con contrato a termino **Indefinido** desde **08 de octubre de 1999** hasta el **09 de noviembre de 2006.**

La señora **HERRERA CRUZ,** devengó un salario mensual de **$2.337.000.oo** (**dos millones trescientos treinta y siete mil** pesos M/cte.)

Se expide la presente certificación, a los 15 días del mes de agosto de 2007.

Cordialmente,

RAUL FERNANDO GALEANO RODRIGUEZ
Jefe de Personal y Desarrollo

Luz E.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
DIVISIÓN DE TALENTO HUMANO
Unidad de Nóminas, Certificaciones y Régimen Interno
NIT N° 830.040.256-0

Bogotá, 06 de Junio de 2008

La suscrita Jefe de la División de Talento Humano,

C E R T I F I C A:

Que en los archivos del Hospital Militar Central, se encuentra registrada la siguiente información laboral:

APELLIDOS Y NOMBRES	**HERRERA CRUZ LUCY STELLA**
CÉDULA DE CIUDADANÍA	N° 51.649.881 de Bogotá
FECHA DE INGRESO	01 de Marzo de 1993
CARGO DESEMPEÑADO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 301015
FECHA DE RETIRO	03 de Diciembre de 1999

Que revisados los archivos del Hospital Militar Central, se encontraron registros que confirman que desde el año 1994 hasta su retiro, realizó funciones como Enfermera Jefe, en la Unidad Renal.

Se expide a solicitud de la interesada con destino a QUIEN INTERESE.

Doctora **MARTHA C. SUAREZ REYES**
Jefe División de Talento Humano

Elaboró: Yamile Camelo
06 jun 08

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LUCY STELLA HERRERA CRUZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 51.649.881, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

10201198

Nombre	**HERRERA CRUZ LUCY STELLA**			Fecha de recepcion:	20-Oct-2014 9:34 am
Identificacion	CC 51649881	Tel.	3103147717	Fecha de impresion:	21-Oct-2014 8:41 am
Edad	52 Años 2 meses 2 dias	Sexo	F	Empresa	HOSPITAL MILITAR CENTRAL PACIENTES
Medico	MEDICOS VARIOS			Sede	PRINCIPAL
No. Ordenamiento				Fecha Validacion	20-Oct-2014 4:28:00p.m.

Preliminar

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000.00	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactiva: Menor de 10 mUI/ml
Reactiva: Mayor de 10 mUI/ml

IVAN GIOVANNI RAMIREZ AYALA
CC 98.272.026
BACTERIOLOGO

ERICA YASMIN ORTIZ DURANGO
CC. 1,064,982,741
BACTERIOLOGA

MEDICLINICO SANTA ANA IPS Y CIA S EN C.

Carrera 3 este No. 6 - 21 Tel 3 33 11 98 - 2 80 47 68

Certificado De Salud Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular

Fecha	Documento	Nombre
2019-01-12	51649881	LUCY STELLA HERRERA CRUZ
Sexo	**Nacionalidad**	**Ciudad**
Femenino	COLOMBIA	BOGOTA
Fecha nacimiento	**Edad**	**Lugar nacimiento**
1962-08-18	56 años, 4 meses y 25 días	CAQUEZA



Estado civil	Telefono	Direccion	Empresa
Soltero	3114912255	CRA 63 N 22-10	OTRA
Escolaridad	**Profesion**	**Oficio**	**Nit**
POSGRADO	ENFERMERA	ENFERMERA	00004

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Tiempo	Cargo	Factores de riesgo	Tipo de Riesgo	Epp
SUBRES CENTRO ORIENTE	2 AÑOS	ENFERMERA JEFE	M,L,P	CARGA MENTAL	

Factores de riesgo: F : Fisico Q : Quimico E : Ergonomico M : Mecanicos L : Locativos P : Psicolaborales O : Otros

APTITUD

[X] APTO CON PATOLOGIA (Que NO interfieren en su trabajo)
[ ] APTO CON LIMITACIONES (Que interfieren en su trabajo)
[ ] APTO CON LIMITACIONES (NO APTO para realizar la labor especifica)
[ ] APTO SIN LIMITACIONES
[ ] APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

Segun examenes solicitados por la empresa remitente

[X] EXAMEN DE INGRESO
[ ] EXAMEN PERIODICO
[ ] EXAMEN DE EGRESO
[ ] APLAZADO
RAZON:

IMPRESION DIAGNOSTICA

ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÃ‰RICA MODERADA.USO DE MEDIAS ANTIVARICES.

[X] HIGIENE POSTURAL
[X] USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION
[ ] USA LENTES PERMANENTE
[X] VALORACION POR S.O. ANUAL
[X] CAPACITACION EN SU AREA DE TRABAJO
[ ] REMISION ESPECIALISTA
[X] REALIZA PAUSAS EN SU LABOR
[X] REALIZAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS
[ ] ESQUEMA VACUNACION ADULTO
[X] RECOMENDACION CREMAS HUMECTANTES PARA LA PIEL
[X] HABITOS NUTRICIONALES ADECUADOS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DE PESO, CONTROL MEDICO PERIODICO
[ ] CONTROL DE COMORBILIDAD EPS
[ ] SEROLOGIA

YO Lucy Stella Herrera Cruz identificado con cédula de ciudadania 51649881

Declaro que no he omitido ni alterado la informacion aportada por mi, la cual es veraz y se ajusta a mi condicion actual y real de la salud al ingreso de la empresa.

Gloria Rincón Izquierdo
Med. Esp. Salud Ocupacional
R.M. 1938/2008
L.S.O. 7857/2013

Paciente: Lucy Stella Herrera Cruz
Cédula: 51649881

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Lucy Stella Herrera Cruz

C.C. 51.649.881 De Bogotá.

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL BÁSICO

BLS

SEGÚN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,
EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267.

DADO A LOS 16 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2019, CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS EN BOGOTÁ D.C. VALIDO POR 2 AÑOS

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 01 FOLIO 1529

Sede Centro Carrera 10A # 1 - 18
Tel: 907 0677 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
coordinacion@sabersalud.com.co

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Lucy Stella Herrera Cruz

C.C. 51.649.881 De Bogotá.

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL AVANZADO

ACLS

SEGÚN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101268.

DADO A LOS 10 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2019, CON UNA DURACIÓN DE 48 HORAS EN BOGOTÁ D.C. VALIDO POR 2 AÑOS

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 03 FOLIO 0458

Sede Centro Carrera 10A # 1 - 18
Tel: 907 0677 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
coordinacion@sabersalud.com.co

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:
☐	☑	☐	☐ OTRO ☐	☐	☐	☐	ENFERMERA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDEN
CR. 63 N. 22-10	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	COLOMBIA

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO	
stellaherre1962@hotmail.com	NO APLICA	PROPIA ☑	FAMILIAR

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO 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: 2018-12-16

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: ENFERMERA
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☑	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☑	IVA	SI ☐	NO ☑	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	8692 / 4799
		NO	ICA	SI ☐	NO ☑	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☑	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☑		AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☑

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☑	SI ☐ NO ☑	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☑	# NIT: 900.959.051

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 5 # 33 A 45	3444484	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	ENFERMERA JEFE		**FECHA VINCULACION**	2017-02-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 3.000.000	GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 67.000.000
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 15.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 1.000.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 3.000.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 2.000.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 15.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 67.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TAMAYO	MEDINA	MARTHA	DORIS
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	BOGOTA D.C.	AMIGA	3204497062

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	CREDITO HIPOTECARIO	6,00001E+15		3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☑

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

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 aqui 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 entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

ENFERMERA

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. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
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 mi 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 **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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR 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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 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 utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon 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, telefono 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 prestacion 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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 finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

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 capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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 onsecuencia, 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 mi.

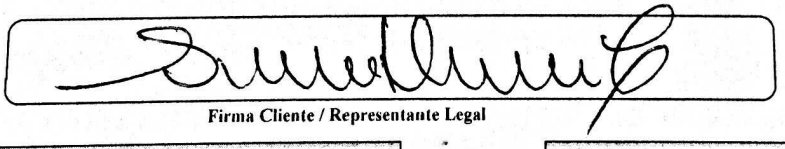
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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, telefono 344 44 84 , e-mail surlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion 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 VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice 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:		

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2019

Puntos totales 100/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

stellaherre1962@hotmail.com

Puntuación de la sección 100/100

Documento de Identidad *

51649881

Nombres y apellidos *

LUCY STELLA HERRERA CRUZ

Número de contacto *

3114912255

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) LUCY STELLA HERRERA CRUZ identificado con C.C No 51649881 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 51649881, con vigencia desde 12/30/2016 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	1015476082	VERONICA PARRADO HERRERA	21	145	30/12/2016	Vigente		No
2	1007812248	DAVID SANTIAGO ESPELETA HERRERA	16	145	30/12/2016	Vigente		No
3	51649881	LUCY STELLA HERRERA CRUZ	57	145	30/12/2016	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 5 dias del mes de Diciembre del 2019

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERRERA CRUZ LUCY STELLA** identificado(a) con **CC** número **51.649.881** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de marzo de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de diciembre de 2019.

Cordialmente,

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

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección. Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali: **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www proteccion.com

Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSION: 01 FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51649881 Numero de Documento		BOLIVAR ARL	
LUCY Primer Nombre	STELLA Segundo Nombre	HERRERA Primer Apellido	CRUZ Segundo Apellido
18/08/1962 F. Nacimiento dd/mm/aa	CAQUEZA Ciudad de Nacimiento	CR. 63 N. 22-10 Dirección de Residencia	4782799 Teléfono Fijo
ALIANSALUD EPS - Salud	PROTECCION AFP - Pensiones		$3.031.800 Honorarios
ENFERMERA Objeto Contractual (Cargo)		FEBRERO DEL 2017 Fecha Inicio del Contrato	
stellaherre1962@hotmail.com Correo Electrónico		3114912255 Celular	

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 39.557974

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 137079426

WEB
08:12:32

Bogotá DC, 20 de noviembre del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUCY STELLA HERRERA CRUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51649881:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 miércoles 20 de noviembre de 2019, a las 09:50:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51649881
Código de Verificación	51649881191120095013

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 3202656

Bogotá D.C., 20 de Noviembre de 2019 - 11:58 am

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 UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN**

51649881

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 figueren 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.

JUAN RAMON JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_2T25J_5811
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 14:32:28 horas del 20/11/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **51649881**
Apellidos y Nombres: **HERRERA CRUZ LUCY STELLA**

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.

DAVIVIENDA

CERTIFICACIÓN

BOGOTA 2017/01/24

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora LUCY STELLA HERRERA CRUZ
con Cédula de Ciudadanía número 51649881
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	001070032402
Fecha Apertura	2007/10/17

Cordialmente.

DAVIVIENDA 4550

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA