

Colombia Compra Eficiente

## CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Lina Marcela Gutiérrez Rendón identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días ( 18 ) del mes de [ 01 ] de [ 2019 ]

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre Lina Marcela Gutiérrez Rendón

Documento de Identidad: 1030617521





Scanned by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

## LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

| Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas | Objeto del contrato | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Valor | Contratista (singular o plural) | Contratante (sector publico o privado) | Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UNSPSC 85101600 | Terapeuta Respiratoria | | | | Una Marcela Gutierrez Rendón | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | 3444484 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |





Scanned by CamScanner

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: 15-ene-2019

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| GUTIERREZ | RENDON | LINA MARCELA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030617521

*SEXO*: F (X) M ( )

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 17 MES JUN AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Risaralda

CIUDAD Santa Rosa De Cabal

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

calle 19 b #81b 45 torre12 apartamento 504

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7656100

EMAIL anilmarce17@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 academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES JULIO AÑO 2011 |
| | | | | | | | | | | 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* | *TEMINACIÓN MES* | *TEMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 9 | X | | Terapeuta Cardiorrespiratorio | 12 | 2018 | |



Scanned by CamScanner

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: 15-ene-2019

## 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 | 0 | 0 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 0 | 0 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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).

*Ciudad y fecha del diligenciamiento* Bogota 15-01-2019

*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.



Scanned by CamScanner

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: 15-ene-2019

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*



Scanned by CamScanner

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: 15-ene-2019

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** LINA MARCELA GUTIERREZ RENDON

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030617521 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** calle 19 b #81b 45 torre12 apartamento 504 **Teléfonos** 3102206836 7656100

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| ASHLY NICOLE RAMIREZ GUTIERREZ | 1150186150 | HIJO(A) |
| LUZ MERY RENDON OSORIO | 25245232 | MADRE |

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

PARA TOMAR POSESION ⊗ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 0,00 |
| 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 | $ 0,00 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| BANCOLOMBIA | AHORROS | 20321220721 | Marly | $ 2.700.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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



Scanned by CamScanner

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: 15-ene-2019

## 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 |
|---|---|---|
| JUAN SEBASTIAN RAMIREZ ROZO | C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯ | 1015397896 |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

## 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 15-ene-2019

CIUDAD Y FECHA



Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

# UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

# UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

*Lina Marcela Gutiérrez Rendón*

*C.C. 1030617521 de Bogotá D.C.*

EL TÍTULO DE

*Terapeuta Cardiorrespiratorio*

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 12 DÍAS DEL MES Diciembre DE 2018

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE PROGRAMA

Libro de Registro No. 28
Acta de Grado No. 346
Folio No. 350
Registro Profesional No. 030863

11932

Scanned with CamScanner

La República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su Nombre

# EL COLEGIO inscap

AUTORIZADO MEDIANTE RESOLUCIONES No. 7834/98 - 2292/99 - 2789/02 - 3448/03
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D.C.

Confiere a:

## GUTIERREZ RENDON LINA MARCELA

Identificado con C.C. N° 1.030.617.521 de Bogota D.C

*El Título de*

## BACHILLER ACADÉMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA

Director | Rector | Secretario

Dado en Bogotá D.C. a los 17 de Julio de 2011

Anotado al Folio No. 39 del Libro de Registro No. 7

NO REQUIERE REGISTRO ANTE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN, SEGÚN DECRETO N° 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994 Y EL 2150 DEL 5 DE DICIEMBRE DE 1995 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

# UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. **346** LIBRO No. **28** FOLIO No. **350**

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

*Lina Marcela Gutiérrez Rendón*

C.C. No. *1030617521 de Bogotá D.C.*

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

*Terapeuta Cardiorrespiratorio*

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS **12** DIAS DEL MES **Diciembre** DE **2018**

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

No. 11932

Scanned with CamScanner

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Julio del 2011 y dando cumplimiento al decreto No.921 del 6 de mayo de 1994 expedido por el MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, se reunieron en la Rectoría del Colegio INSCAP, los suscritos Director, Rector y Secretaria, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del ciclo II de educación media académica Formal de adultos (DECRETO 3011 de 1997) del primer semestre del año 2011 en el nivel de EDUCACION MEDIA y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad ACADÉMICA calendario A y B, según Resoluciones Nos. 7834 de 1998, 2292 del 23 de Julio de 1999, 2789 del 11 de Septiembre de 2002 y 3448 de 2003.

Comprobada la situación legal de cada uno de los estudiantes que cursaron los estudios correspondientes al nivel EDUCACION MEDIA, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO**, al graduando que según, nombres, apellidos, número de documento de identidad se relaciona a continuación:

**GUTIERREZ RENDON LINA MARCELA**
CC. No. 1.030.617.521 de Bogotá

Es fiel copia tomada del libro de Actas Generales de Grado. Folio No. 039, del libro de Registro No 007 de fecha 17 de Julio del 2011.

Firmada y sellada por: Director, Rector y Secretaria.

Dada en Bogotá D.C., a los veintiún (21) días del mes de Enero del 2014.

FIRMADA Y SELLADA

DIRECTOR

COLEGIO INSCAP

RECTOR(A)

SECRETARIA



Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

master.D

# DIPLOMA ACREDITATIVO

Otorga a: **LINA MARCELA GUTIERREZ RENDON**

Calificación de: **NOTABLE**

El curso de: **AYUDANTE ESPECIALISTA DE ENFERMERÍA**

Con una acreditación de: **300 HORAS**

En **ZARAGOZA** a **23** de **Diciembre** de **2009**

Sello del centro

master.D MASTER DISTANCIA S.A.
Dpto. Servicios Administrativos
CIF A50215366
Otra. de Madrid N-II Km. 314,8
Tel. 976 764 300 / 902 500 432
Fax: 976 764 151
CP: 50012 ZARAGOZA

Coordinador de Estudios
Raúl González

DIP ACRI04I

Master D, centro de estudios
CIF A-50715366

Scanned by CamScanner

THE INTERNATIONAL EDUCATION RECOGNITION SYSTEM

# LINA MARCELA GUTIERREZ RENDON

## CERTIFICATE OF COMPLETION
## 2018 IERS APPROVED LEVEL I PROGRAM

*Sponsored by SOLACUR and CMTRRP*

**VII CONGRESS LATIN AMERICAN SOCIETY FOR RESPIRATORY CARE & 2ND INTERNATIONAL CONGRESS OF MECHANICAL VENTILATION & CARDIORESPIRATORY REHABILITATION OF THE MEXICAN COLLEGE OF RESPIRATORY THERAPY & PULMONARY REHABILITATION**

HOTEL ROYAL PEDREGAL, MEXICO CDMX
SEPTEMBER 26 – 28, 2018
MEXICO CITY, MEXICO

IERS Recognized

AMERICAN ASSOCIATION FOR RESPIRATORY CARE

ICRC™

BRIAN WALSH, PHD, RRT-NPS, RRT-ACCS, AE-C, RPFT, FAARC
AARC PRESIDENT

JEROME SULLIVAN PHD, RRT, FAARC
ICRC PRESIDENT

# VII Congreso SOLACUR

## 2° Congreso Internacional de Ventilación Mecánica y Rehabilitación Cardiorespiratoria del CMTRRP

6 puntos
de valor curricular

Se Otorga el Presente:

# RECONOCIMIENTO

a:

## TR. LINA MARCELA GUTIÉRREZ RENDÓN

Por su aportación académica con la presentación del tema de investigación:

**RELACIÓN ENTRE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA Y LA SEVERIDAD DEL SAHOS EN UNA POBLACIÓN CON OBESIDAD MÓRBIDA A LA LUZ DE LA REVISIÓN NARRATIVA**

dentro del "VII Congreso Solacur y 2° Congreso Internacional en Ventilación Mecánica y Rehabilitación Cardiorespiratoria"
Realizado del 26 al 28 de septiembre 2018 en el Hotel Royal Pedregal de la Ciudad de México.

Lic. TRC. Luis Campos Bogantes
Presidente SOLACUR

TR. Ramón Delgado Aguilar
Director de Enseñanza del CMTRRP

Lic. F.T, TR Richard Alcantar Correa
Presidente CMTRRP
Secretario SOLACUR

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 DEL TALENTO HUMANO**
**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS**

**CÓDIGO: ET-GT-FT-014**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2016-11-25**

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Manuela Beltrán

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

REF. autorización para consulta de títulos Académicos

Yo. Lina Morela Gutiérrez Rendón en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Terapeuta . Cardiorrespiratorio

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:

Firma: _____

No. de documento: 1030617521

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: c/19b #81b 45 T-12 Apto 504

Teléfono: 3102206836- 7656100

Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.617.521

GUTIERREZ RENDON

APELLIDOS

LINA MARCELA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1992

SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

25-NOV-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00614654-F-1030617521-20140828 0039722149A 2 1352985275

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14498497113

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1030617521 | 5 | Impuestos de Bogotá 32 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 1030617521 | 2010 11 25 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GUTIERREZ | RENDON | LINA | MARCELA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

## UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 19 B 81 B 45 TO 12 AP 504

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| anilmarce17@hotmail.com | | 7656100 | 3102206836 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8692 | 20190114 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| 54. Código | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha: 20190130

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

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

984. Nombre: FIERRO BARAHONA JOSE FERNEY
985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF: 30-01-2019 09:48:27AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
HACIENDA
Secretaria de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 30/01/2019

**CONTRIBUYENTE** C.C. 1030617521 LINA MARCELA GUTIERREZ RENDON

## INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 19 B 81 B 45 TO 12 AP 504 Teléfonos: 3102206836

Dirección electrónica: ANIMARCE17@HOTMAIL Ciudad: CUNDINAMARCA Municipio: BOJACA

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

## PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Juridica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 14/01/2019

Matricula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 14/01/2019 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

## ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

## REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

SGS

Version 2.02

# Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud

Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios

La salud es de todos — Minsalud

**Lina Marcela**
**Gutiérrez Rendón**
**C.C. 1.030.617.521**
TERAPEUTA RESPIRATORIO



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
Exp. De Diploma: 2018-12-12
BOGOTÁ, D.C.

ReTHUS: 2019-01-09

**FIRMA TITULAR**

**Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010 compilado Decreto 780 de 2016. "Si esta tarjeta es encontrada, por favor devolverla al Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios".**

Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios

**FIRMA REPRESENTANTE LEGAL CCTR**

**www.cctr.co**

**00668**

# UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
# UMB

RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO**
**REGISTRO PROFESIONAL No. 030863**

**CERTIFICA QUE:**

**LINA MARCELA GUTIÉRREZ RENDÓN**
**C.C. No. 1030617521 DE BOGOTÁ D.C.**

MEDIANTE ACTA No. 346 LIBRO 28 FOLIO 350 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2018 RECIBIÓ EL TITULO DE:

**TERAPEUTA CARDIORRESPIRATORIO**

DESPUÉS DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADÉMICO Y DEMÁS REQUISITOS LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PROFESIONAL No. 030863 EL DÍA 12 DE DICIEMBRE DE 2018.

**PIEDAD RODRIGUEZ RAMIREZ**
DIRECTORA REGISTRO Y CONTROL
Email: Piedad.Rodriguez@umb.edu.co

14702



Scanned by CamScanner

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 *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 1030617521

Primer Nombre *: LINA

Primer Apellido *: GUTIERREZ

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2019-01-15--9:46:28 PM**

| *Tipo Identificación* | *Nro. Identificación* | *Primer Nombre* | *Segundo Nombre* | *Primer Apellido* | *Segundo Apellido* | *Detalles* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1030617521 | LINA | MARCELA | GUTIERREZ | RENDON | Ver |

**Información Detallada [CC: 1030617521] LINA MARCELA GUTIERREZ RENDON**

**2019-01-15--9:46:28 PM**

**Información Académica**

| *Tipo Programa* | *Origen Obtención Título* | *Profesión u Ocupación* | *Fecha desde que puede ejercer* | *Entidad Reportadora* |
|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | TERAPIA RESPIRATORIA | 2019/1/09 | Colegio Colombiano de terapeutas Respiratorios |

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).







| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | 29 OCT. 2012 | 80001560715/13 | compensar \| salud |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 28 AGO 2012 | 0241901L-R2U0030 | |
| | 2 | 28 SET. 2012 | 0241900+0 8114 | Diana Lorena Barajas |
| | 3 | 06 ENE. 2016 | D2251 | Humanosalud |
| | 4 | Pico en 2017 | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 29 AGO 2012 | 0451043 3114 | compensar \| salud Johanna Velasquez |
| | 2 | 28 SET. 2012 | 0438045 3114 | Diana Lorena Barajas compensar \| salud |
| | 3 | 29 OCT. 2012 | 0437041 | Deban. |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| Otras Triple Viral | | 12 MAR 2013 | H3280 | (R) |
| Varicela | | 06 ENE. 2016 | S101340 | |
| Hepatitis B (R) | | 06 ENE. 2016 | 1434021 | |

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional
Régimen : COMUN
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

| NÚMERO |
| --- |
| 0000111179 |

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 16/01/2019 13:15:04

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** LINA MARCELA GUTIERREZ RENDON **C.C** 1030617521

**EDAD** 26 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** TERAPIA RESPIRATORIA



**EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS**

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

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

**APTO PARA EL CARGO** ☑ MOTIVO PARA LABORAR

**NO APTO** ☐ MOTIVO

**OBSERVACIONES**

CONTROLES DE SALUD EPS

USO DE EPP/REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS / SE SUGIERE VALORACION AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

**EXÁMEN PERIÓDICO**

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

**EXÁMEN DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Anderson Y. Gómez Rocha
Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución No 4451 - 2015

FIRMA DEL ESPECIALISTA



Scanned by CamScanner

FUSDESA

**LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**Y EN SU NOMBRE**
**FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN**
# "FUSDESA"

Educación para el trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 de 12 de febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud
Y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitida por la comisión Intersectorial para el talento Humano en Salud.
Registro del programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud,
Registro del Programa No.15-021 del 17 de Junio de 2016, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

## Certifica:

**Que:** **LINA MARCELA GUTIÉRREZ RENDÓN**

C.C. No.1.030.617.521 De Bogotá D.C.

Asistió al Seminario

**ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Con una intensidad de 40 horas

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

SOCORRISTAS FUNDACION DE "FUSDESA"

German Vicente Rozo Tobar
Enfermero Profesional
Registro 80366486
DOCENTE

*Dado en Bogotá D.C., a los 21 Días del Mes de Enero de 2019*

Scanned by CamScanner

Medicarama

CERTIFICADO REGISTRADO

10 de enero de 2019

## Lina Marcela Gutiérrez Rendón

Con número de identificación 1030617521 y nacionalidad Colombiana , ha superado adecuadamente el curso:

## Soporte Vital Básico y Reanimación Cardiopulmonar

en la edición online realizada entre el 1-5-2018 y el 30-6-2018. Esta actividad docente con nº de expediente 160023150007A está acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad Valenciana - Sistema Nacional de Salud con 7,6 créditos de formación continuada, y el equivalente a 40 horas de formación.

Dr. Enrique Martínez González
Especialista en Anestesia y Reanimación
Hospital General de Almansa

D. José Manuel Martínez González
Director
Medicarama.com

Mindic
MEDIA AND LEARNING TECHNOLOGIES, S.L.U.
C.I.F.: B-98586589
Plaça del Poble nº12 p13
46131 Borrepos i Mirambell
Valencia (España)

Comisión de Formación Continuada
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Certificado nº 12424889

Scanned by CamScanner

# Soporte Vital Básico y Reanimación Cardiopulmonar

## Actualizado a las guías AHA y ERC de 2015

# Temario del Curso

**1. Soporte Vital Básico**

1.1 Introducción
1.2 Secuencia del Soporte Vital Básico
1.3 Reconocimiento precoz de la parada cardiaca y asistencia de la vía aérea
1.4 Asistencia circulatoria
1.5 Riesgos durante la RCP
1.6 Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño
1.7 Desfibrilador Automático Externo

**2. Soporte Vital Básico Pediátrico**

2.1 Soporte Vital Básico Pediátrico I. Secuencia y ventilaciones
2.2 Soporte Vital Básico Pediátrico II. Compresiones DESA y OVACE

Mindic
MEDIA AND LEARNING TECHNOLOGIES, S.L.U.
C.I.F.: B-98586569
Plaça del Poble nº12 p13
46131 Bonrepos i Mirambell
(Valencia) España

D. José Manuel Martínez González
Director
Medicarama.com

Medicarama

Este certificado es verificable a través de la web certificados.medicarama.com

Scanned by CamScanner



La República de Colombia
y en su nombre

# FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

# "FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Lina Marcela Gutiérrez Rendón*

Asistió al curso de

## SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)

Con una intensidad de 100 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora

German Vicente Rozo Ibba
Enfermero Profesional
Registro 80166486

Ponente

Bogota, D.C. *Enero 22 de 2019*

Scanned by CamScanner

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

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

| FECHA: | 18-01-2019 | CIUDAD: | Bogotá | DEPARTAMENTO: | Bogota DC |
|---|---|---|---|---|---|

Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gutierrez | Rondón | Lina | Marcela | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 1030617521 | Bogotá | 2010/11/25 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐ | | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 17/06/1992 | Santa Rosa de Cabal | Colombia | Colombiana |

| ESTADO CIVIL | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ | CASADO(A) ☒ | DIVORCIADO(A) ☐ | UNION LIBRE ☐ | 1 | 1 | 3102206836 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | PROFESION U OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☒ | UNIVERSITARIO ☐ | TECNOLOGO ☐ | BACHILLER ☐ | OTRO ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☐ | CUAL: Cuidado critico | Terapia respiratoria |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| K19b #81b 45 T-12 Apt501 | Bogotá | Bogotá D.C. | Colombia | 7656100 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| anlmarce17@hotmail.com | | 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 |
|---|---|---|---|
| Ramírez | Rozo | Juan | Sebastián |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 1015397896 | Bogotá | 2005/01/31 | |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ CUAL: | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ | | NACIONALIDAD | Colombiano |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| ASALARIADO ☐ | ESTUDIANTE ☐ | HOGAR ☐ | PENSIONADO ☐ | CUAL: |
|---|---|---|---|---|
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA ☒ | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☐ | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA ☐ | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | IVA | | ICA | | CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☐ NO ☒ | | SI ☐ NO ☒ | | SI ☐ NO ☒ | PRINCIPAL: ☐ | SECUNDARIA: ☐ |

| GRAN CONTRIBUYENTE | SI ☐ NO ☒ | AGENTE RETENEDOR | SI ☐ NO ☒ | AGENTE AUTORETENEDOR | SI ☐ NO ☒ |
|---|---|---|---|---|---|

Scanned by CamScanner

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 PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | |

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ # NIT: 4009590517

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| CARGO ACTUAL | | FECHA VINCULACION | |
|---|---|---|---|

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

| NUMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA | DESCRIPCION ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCION | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | | GASTOS FAMILIARES | 1'500.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | * | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | 5'000.000 | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | 2'100.000 | OTROS EGRESOS* | | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | 2'100.000 | TOTAL EGRESOS | 1'500.000 | TOTAL ACTIVOS | 5'000.000 | TOTAL PASIVOS | $ 0 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

**6. REFERENCIAS PERSONALES**
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Alarcon | | Jenny | Constanza |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| | Bogotá Colombia | Amiga | 3157287124 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| Bancolombia | Ahorro | 20321280721 | Marly | 3430000 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI X ☐

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAIS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ 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 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 entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc )

Trabajo como Terapeuta respiratoria

Scanned by CamScanner

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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 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.

Scanned by CamScanner

## 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 servicios 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 Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) dias, 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 Superintendencia 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 requeriria 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 comerciais, 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, 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 prestacón 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 la 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 , estadisticas, encuestas, análisis 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 personas 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 externos, 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 cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevenasion y control de fraudes, la seleccion 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 definicion 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 biometricos 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 Nacional de Salud, exigen las mismas
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas

Scanned by CamScanner

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**

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 carla(@)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:** Si 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:** | | |

Scanned by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

**La EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que **Lina Marcela Gutierrez Rendon** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1030617521,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1030617521 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Lina Marcela Gutierrez Rendon |
| TIPO DE AFILIADO | Segundo Cotizante |
| PARENTESCO | Conyuge |
| FECHA DE NACIMIENTO | 17/06/1992 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 22/02/2011 |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 301 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | 7 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 07/11/2012 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1030617521 Trabajador Independiente Desde 21/01/2019 - Vigente

E.P.S. Sanitas
OFICINA ZONA IN
Recibido Generado por Ircanon
Fecha:

29/01/2019

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

Scanned by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**
**PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **LINA MARCELA GUTIERREZ RENDON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,030,617,521**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

Scanned by CamScanner

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**
**APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-024**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2017-08-04**

**DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1030617521 | | | |
| Numero de Documento | | | ARL |
| Lina | Marcela | Gutiérrez | Rendón |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| 17/06/1992 | Sta. Rosa de Cabal | c/19b #81b 45 | 7656100 |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |
| Sanitas | Porvenir | $ ✓ | |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios | |
| Terapeuta respiratoria | | ✓ | |
| Objeto Contractual (Cargo) | | Fecha Inicio del Contrato | |
| anlmarce17@hotmail.com | | 3102206836 | |
| Correo Electrónico | | Celular | |
| | | | |
| Firma del Afliado | | Firma y Nombre Supervisor del Contrato | |
| | | C.C. | |

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**
**Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484**

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 120568850

WEB
18:39:44


Bogotá DC, 14 de enero 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) LINA MARCELA GUTIERREZ RENDON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030617521:

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 lunes 14 de enero de 2019, a las 18:28:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1030617521 |
| Código de Verificación | 1030617521190114182843 |

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

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2687625**

**Bogotá D.C., 14 de Enero de 2019 - 18:32 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: **UN MIL TREINTA MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS VEINTIUN**

**1030617521**

**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.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_JVBXI_3218**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 18:38:22 horas del 14/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1030617521**
Apellidos y Nombres: **GUTIERREZ RENDON LINA MARCELA**

**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.

# Certificado Bancario

Lunes, 14 de Enero de 2019

Señores
SUBRED CENTRO ORIENTE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LINA MARCELA GUTIERREZ RENDON identificado(a) con CC 1030617521, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 20321220721 | 2014/03/05 | ACTIVA |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Es el momento de todos
Bancolombia

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**<br>**FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-024**<br>**VERSIÓN: 01**<br>**FECHA: 2017-08-04** |

**DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1030617521 | | Seguros Bolivar | |
| Numero de Documento | | ARL | |
| Lina | Marcela | Gutiérrez | Rendón |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| 17/06/1992 | Sta. Rosa de Cabal | c/19b #81b 45 | 7656100 |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |
| Sanitas | Porvenir | $ ✓ | |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios | |
| Terapeuta respiratoria | | ✓ | |
| Objeto Contractual (Cargo) | | Fecha Inicio del Contrato | |
| anlmarce17@hotmail.com | | 3102206836 | |
| Correo Electrónico | | Celular | |
| | | | |
| Firma del Afliado | | Firma y Nombre Supervisor del Contrato | |
| | | C.C. | |

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**
**Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484**

Scanned by CamScanner