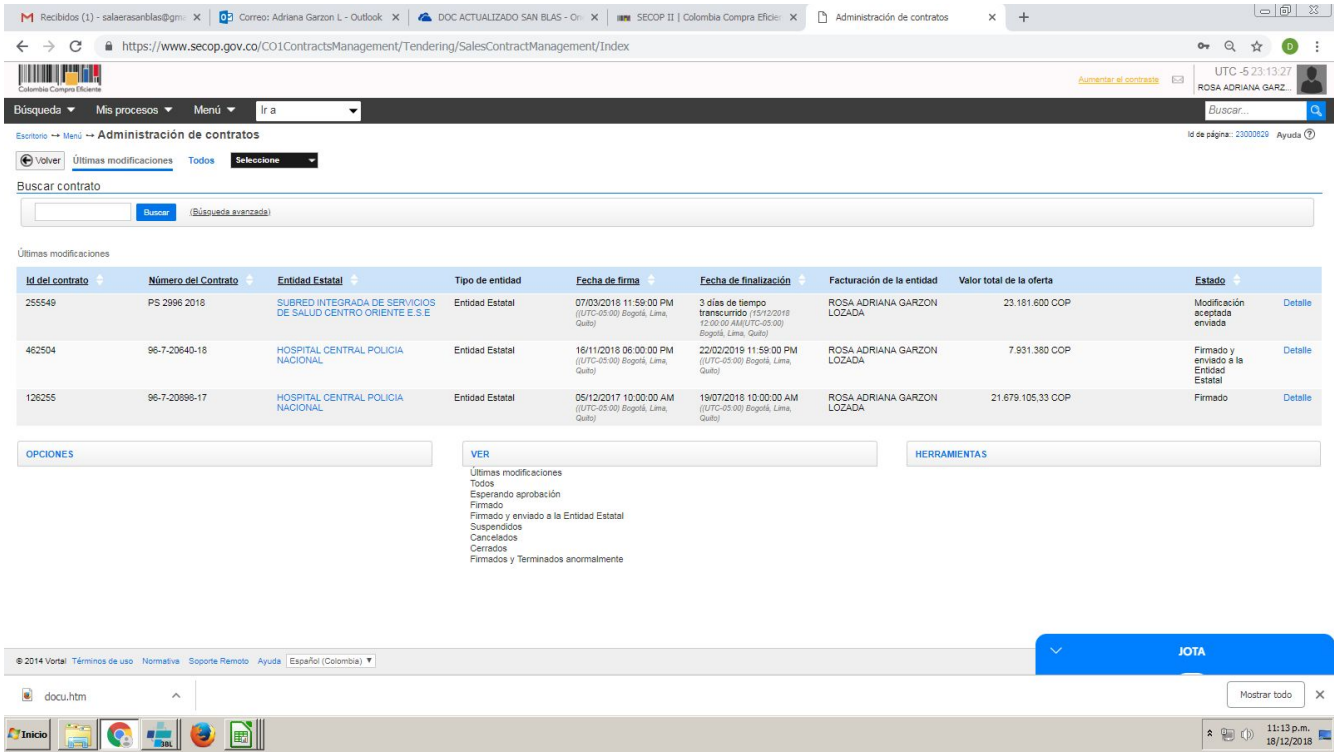

Recibidos (1) - salaerasanblas@gm
Correo: Adriana Garzon L - Outlook
DOC ACTUALIZADO SAN BLAS - On
SECOP II | Colombia Compra Eficie
Administración de contratos
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 23:13:27
ROSA ADRIANA GARZ...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ↔ Menú ↔ Administración de contratos
Id de página: 23000829
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
255549
PS 2996 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
07/03/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
3 días de tiempo transcurrido (15/12/2018 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
ROSA ADRIANA GARZON LOZADA
23.181.600 COP
Modificación aceptada enviada
Detalle
462504
96-7-20640-18
HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
Entidad Estatal
16/11/2018 06:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
22/02/2019 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
ROSA ADRIANA GARZON LOZADA
7.931.380 COP
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Detalle
126255
96-7-20898-17
HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
Entidad Estatal
05/12/2017 10:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
19/07/2018 10:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
ROSA ADRIANA GARZON LOZADA
21.679.105,33 COP
Firmado
Detalle
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
docu.htm
Mostrar todo
Inicio
11:13 p.m.
18/12/2018

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: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BONILLA	MOLANO	CLAUDIA CECILIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51865316

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES FEB AÑO 1967

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 93A No 72 A 43

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2528379

EMAIL claucbonilla@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1984
										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 RESPIRATORIO	11	1999	031398

Scanned with 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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD hospital bosa 2 nivel	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* bosa@esebogota.gov.co	
TELÉFONOS 7764038	*FECHA DE INGRESO* DIA 5 MES 5 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO* DIA 20 MES 3 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS/ PEDIATRIA/	*DIRECCIÓN* Calle 65D Sur No. 79C 90	

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	10
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	10

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

Adriana Garzón L

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned with 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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

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

Bogotá Dic 18-18

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned with 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: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ROSA ADRIANA GARZON LOZADA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52114415 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 13 SUR # 8-50 APTO 308 **Teléfonos** 3203023365 4618744

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALEXANDER CARDENAS GARZON	1010209047	HIJO(A)
DANIELA CARDENAS GARZON	1031179676	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	$ 3.200.000,00
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	$ 3.200.000,00

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 BOGOTA	AHORROS	004-02296-8	CALLE 53	$ 520.000,00

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
COMPENSAR	COMPRA DE CARTERA	$ 10.000.000,00
BANCO FALABELLA	TARJETA DE CREDITO	$ 2.400.000,00

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: 14-dic-2018

BANCO OCCIDENTE	TARJETA DE CREDITO	$ 1.900.000,00

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

3. FIRMA

Adriana Garzón L

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No. 22215 del 9 de Diciembre de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

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

Rosa Adriana Garzón Lozada

52.114.415 Bogotá. D.E.

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

Terapeuta Respiratorio

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

Bogotá D.C., 20 de marzo del 2002

Rector

Secretario General

Decano

Libro de Registro No.: 1
Anotado al folio: 146
Registro No.: 5356
Fecha: 20 de Marzo/02

Scanned with CamScanner

República de Colombia
Departamento de Cundinamarca
Santafé de Bogotá D. C.

El Instituto San Fernando Ferrini

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.
Según Resolución No. 1623 de junio 5 de 1996

Otorga a:

Rosa Adriana Garzón Lozada

Identificado (a) con C.C *No.* 52' 114. 415 *de* Bogotá

El título de:

Bachiller Academico

Por cursar y aprobar los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media y haber cumplido con los requisitos establecidos en el PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL

Registrado para efectos legales, de conformidad con el Decreto 921 de mayo 6 de 1994, en el libro de Actas de Graduación No. 001 *Acta General No.* 010
Folio No. *No. de Orden* *Fecha* JUNIO 21/97

Santafé de Bogotá, 21 *de* JUNIO *de 1.9* 97

JOHN CEIFER FLÓREZ ZUÑIGA
C.C. 71.676.550 DE MEDELLIN
RECTOR

FLOR ALBA LEON DE COURR
C.C. 20.283.058 DE BOGOTA
SECRETARIA

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA que en el libro de Actas, se encuentra el ACTA DE GRADO 124. Que expresa: En Bogotá D.C. el 20 de marzo de 2002, a las 16:00 horas convocados por Resolución No. 004 del citado mes y año, se reunieron en EL AUDITORIO DE LAS HERMANAS BETHLEMITAS, el Rector doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, el decano de la Facultad de TERAPIA RESPIRATORIA, doctor: JOSE CARDONA ARIAS, y la Secretaria General de la Fundación, doctora MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, para presidir la ceremonia de grado de: **ROSA ADRIANA GARZÓN LOZADA,** identificada con cédula de ciudadanía **52114415 de Bogotá D.E.,** quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el programa haciéndose merecedor (a) a recibir el título de: **TERAPEUTA RESPIRATORIO** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, y por el Consejo Superior mediante Acuerdo No. 053 de mayo 12 de 1993. Previa entrega de los diplomas se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió, cumplir fielmente sus deberes para con la patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 1, Folio 146 número 5256.

PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, Rector
JOSÉ CARDONA ARIAS. Decano Facultad de Terapia Respiratoria
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE. Secretaria General.

Es copia tomada de su original, el 20 de marzo de 2002.

Jetzabel Herrán Duarte
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

Scanned with CamScanner

CORPORACIÓN IPS
SALUDCOOP

LA DIRECCIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA Y CAPACITACIÓN DE LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP

Programa Fibrosis Quística
"Caminando juntos para un mejor futuro"

Certifica que:

ADRIANA GARZON LOZADA

c.c. 52114415

Asistió a:

ACTUALIZACION EN FIBROSIS QUISTICA

Realizado en Bogotá, Febrero 20 del 2015.
con una intensidad de 4 horas.

JOSÉ GUILLERMO RUIZ R.
CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP

José Guillermo Ruiz
Gerente Nacional Técnico Científico
Corporación IPS Saludcoop

ANGELA MARÍA PEDRAZA
CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP

Angela María Pedraza
Neumóloga Pediatra Programa Fibrosis Quística
Corporación IPS Saludcoop

Scanned with CamScanner

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

CERTIFICA QUE

ROSA ADRIANA GARZON LOZADA

Asistió a la

IV JORNADA DE ACTUALIZACION EN TERAPIA RESPIRATORIA

Realizada los días 5, 6 y 7 de Octubre de 2000
Intensidad 20 horas

PABLO OLIVEROS M.
Rector

JOSE D. CARDONA A.
Director Terapia Respiratoria

AMPARO CRISTANCHO
Coordinadora Evento

Scanned with CamScanner

FUNDACION UNIVERSITARIA
DEL AREA ANDINA

La Fundación Universitaria del Área Andina y el Hospital Militar Central

CERTIFICAN QUE:

ADRIANA GARZON LOZADA

Asistió a la Jornada de Actualización en Terapia Respiratoria,
con una intensidad de: 9 horas
Marzo 21 de 2003

Médico Juan Carlos Morales Ruiz
Director Programa de Terapia Respiratoria
Fundación Universitaria del Área Andina

Coronel (r) Médico Rafael A. Reyes Rodríguez
Director Hospital Militar Central

Scanned with CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion Universitaria del Area Andina

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Adriana Garzón Lozada 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 Respiratoria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Adriana Garzón L

No. de documento: 52 114415.

Tarjeta profesional No: 52 114415.

Dirección de contacto: Calle 13 sur # 8-50 Apto 308

Teléfono: 320 302 33 65

Scanned by CamScanner

esimed

NIT 800.215.908-8

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)

NIT. 800.215.908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina KACTUS; el (la) Sr (a). **ROSA ADRIANA GARZON LOZADA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **52.114.415**, laboró en esta entidad desde el día **1 de marzo de 2007** al **7 de junio de 2017** desempeñando el cargo de **TERAPEUTA RESPIRATORIO**, con contrato a término **INDEFINIDO**.

Para constancia, se expide la presente certificación al 16 de agosto de 2017.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext 6519 - 6520.

Cordialmente,

LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora Nacional de Talento Humano

Elaboro: Christian Montero – Auxiliar de Nomina
CUNDINAMARCA
c

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.114.415**

GARZON LOZADA

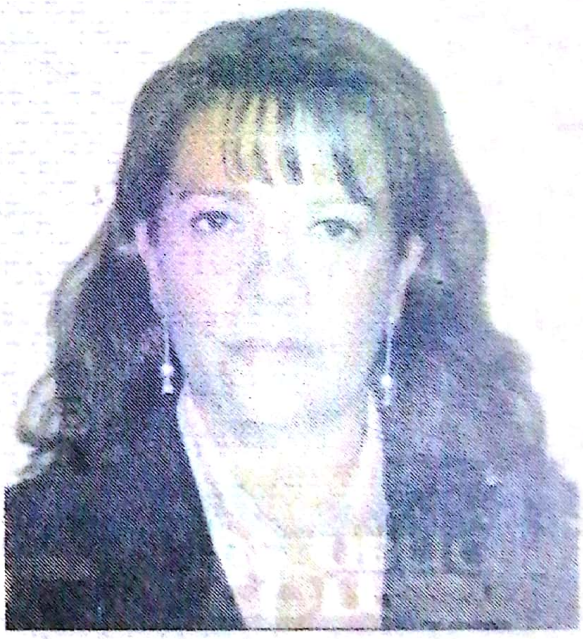
APELLIDOS

ROSA ADRIANA

NOMBRES

Adriana Garzón L

FIRMA



Scanned by CamScanner

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ENE-1971**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-MAY-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00130516-F-0052114415-20081122 **00066**30823A 1 1600023201

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14435144821

(415)7707212489984(8020) 000001443514482 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 1 1 4 4 1 5	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 1 3	5 2 1 1 4 4 1 5	1 9 9 1 0 5 3 1

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARZON	LOZADA	ROSA	ADRIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 13 SUR 8 50 AP 308

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
adrigarzonl@hotmail.com		4 6 1 8 7 4 4	3 2 0 3 0 2 3 3 6 5

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
8 6 9 2	2 0 0 5 0 7 0 4	7 4 9 0	2 0 0 5 0 7 0 4				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 1 0 1 1

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: MARRUGO MEJIA LEIDYS
985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 31-10-2017 11:16:04AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 11-10-2017
Hora: 12:08:46 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52114415-2 ROSA ADRIANA GARZON LOZADA

Información General

Dirección CL13 SUR 8 50 AP308

Teléfonos 4618744-3203023365

Dirección electrónica adrigarzonl@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 11/10/2017

Soporte Inscripción 23372874

Fecha Inicio Actividades 04/07/2005

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002280548

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CETIFICADO DE INSCRIPCION

No. EXP 17-07-2002

GARZON LOZADA

ROSA ADRIANA

CC 52114415

Secretaría SALUD

TERAPEUTA RESPIRATORIA (O)

Scanned with CamScanner

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 5419 de 20/06/2002

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GARZON LOZADA ROSA ADRIANA Identificado(a) con CC número 52114415 expedida en BOGOTA D,E solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de TERAPEUTA RESPIRATORIA (O) otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 20/03/2002 y registrado en el libro 1 Folio 146 año 2002

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a GARZON LOZADA ROSA ADRIANA identificado(a) con CC número 52114415 expedida en BOGOTA D,E para ejercer la profesión de TERAPEUTA RESPIRATORIA (O) en el Territorio Nacional.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 20/06/2002

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Director de Desarrollo de Servicios
vrs

Bogotá, D.C 17-06-2002
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Adriana Garzón
CC. # 52114415 BTA
Res # 5419 fecha: 20-06-2002
Firma Adriana Garzón L

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 *: 52114415

Primer Nombre *: ROSA

Primer Apellido *: GARZON

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-19→12:51:37 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52114415	ROSA	ADRIANA	GARZON	LOZADA	Ver

Información Detallada [CC: 52114415] ROSA ADRIANA GARZON LOZADA

2018-12-19→12:51:37 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Titulo*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Terapia respiratoria	2002/6/20	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
Ahoni Cultura	14-4/10	5170/14	6/10	Yolanda

HEPATITIS B HEPAVAX GENE®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a	2 18 10 07	—	[illegible]
	2a	14 NOV 07		Martha
	3a	18 ENE 08		Martha

INFLUENZA AGRIPPAL® S1	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA VARICELLA VACCINE GOVC®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

HEPATITIS A EPAXAL®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA

REGISTRO VACUNACION INFLUENZA

Cruz Blanca

NOMBRE DEL VACUNADO: Adriana Garzon

IDENTIFICACIÓN 52 114 415

FECHA DOSIS	LOTE	VACUNADOR
marzo - 2009	D1128 v=11-09	Rubiela

Scanned by CamScanner

LABINTOX LTDA.

LABORATORIO CLINICO TOXICOLOGICO

CALLE 134 No. 17-71 CLINICA MONTSERRAT - TEL : 626 3251 FAX: 626 3250
CONM. 259 60 00 EXT. 6115 CEL.: 310 873 76 04
labintox@hotmail.com - mercadeo@labintox.net

FECHA	: Julio 22 y 23 de 2010	**CONSEC.**	: 33
NOMBRE	: GARZON LOZADA ADRIANA	**EDAD**	: 39
CEDULA	: 52.114.415	**SEXO**	: F
EMPRESA	: **SALUDCOOP - CLINICA POLICARPA**		

HEPATITIS B. Anti - HBs

RESULTADO	: **> 2000**			**mUI/mL**		
VALORES DE REFERENCIA	**Títulos Anticuerpos HBs**				**Tiempo de Protección**	
	Menor	de	10	mUI/mL	Vacunar o aplicar refuerzo	
	10	a	100	mUI/mL	6	meses
	100	a	1000	mUI/mL	2	años
	1000	a	10000	mUI/mL	3 – 5	años
	Mayor	de	10000	mUI/mL	6	años
					Después de 6 años aplicar refuerzo	
METODO	: Qumioluminiscencia					

LABINTOX LTDA
Lic. S. Ocup. 8024
Jeannette García
TP. 39562412

Scanned by CamScanner

IPS SOA-CRB LTDA
NIT. 900.228.304-9

Bogotá, Febrero 14 de 2.013

RESULTADOS DE LABORATORIO

CLINICA SALUDCOOP POLICARPA

PACIENTE ADRIANA GARZON

CEDULA 52114415

EDAD 42

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
ANTI-HBs	POSITIVO	POSITIVO MAYOR DE 30 mIU/ml NEGATIVO MENOR DE 30 mIU/ml

TECNICA

HBs BIOLINE RAPIDO INMUNO ENSAYO CROMATOGRAFICO DE DETECCION CUALITATIVA DE ANTICUERPOS CONTRA HBV EN SUERO

SENSIBILIDAD TOTAL RELATIVA 91.67%

ESPECIFICIDAD RELATIVA 98.89%

LAS PERSONAS DE RESULTADO POSITIVO NECESITAN UN REFUERZO EN 5 AÑOS
LAS PERSONAS DE RESULTADO NEGATIVO DEBEN SEGUIR ESQUEMA DE VACUNACION

Dra. Johanna P. Quiroz Pérez
BACTERIÓLOGA
Universidad San Buenaventura
C.C. 45.543.719 Cartagena REG. 209506

BACTERIOLOGA

Carrera 9ª No 60-91. Consultorio 602. Teléfono: 2171177-4661811-4661810 Telefax: 2171179.
E-mail: ipssoas@gmail.com Bogotá D.C. -Colombia.

Scanned by CamScanner

idime

9280763

Página N° : 1
Fecha de ingreso : 28/09/2011 12:11
Fecha de impresión: 03/10/2011 10:02

No. de Orden : 9280763
Paciente : GARZON LOZADA ROSA ADRIANA
Documento Id : 52114415
Empresa : IPS SOA CRD - ASESORIAS SERVICIO
Sede : LAGO

No Interno: 35
Edad : 40Años
Teléfono : 2729900
E-Mail: @
N° ingreso: 1635448

ANTI-HBS**RESP**

CASLIZ

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
	ENDOCRINOLOGIA		
HEPATITIS B, ANTICUERPOS CONTRA EL Ag DE	1000	UI/L	-

VALORES DE REFERENCIA: No reactivo : Menor a 10
Reactivo : Mayor o igual a 10

TROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación (1 Dosis y evaluación del nivel de Anti-HBs)
10 - 100 Evaluación a intervalos regulares cada 3 a 6 meses
Mayor de 100 Revacunación transcurridos 10 años (1Dosis)
Método : Electroquimioluminiscencia.

FIRMA DE RESPONSABLE

RESPONSABLE

Firma: CLAUDIA BIBIANA FERNANDEZ PEREZ REG 52778896

Nota: la empresa no se responsabiliza de enmendaduras realizadas a este reporte

T.R.

Scanned by CamScanner

DR. OSCAR ANDRES BARRETO MORALES.
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo y Epidemiologia.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL.

DR. OSCAR ANDRES BARRETO MORALES.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL.

CERTIFICADO DE APTITUD NO. 52114415

INFORMACIÓN GENERAL:			
FECHA:	14 de octubre de 2017.	**TIPO DE EXAMEN:**	**x** INGRESO adrigarzonl@hotmail.com
LUGAR:	Bogotá –Colombia.	**CEDULA:**	52114415
NOMBRE:	Rosa Adriana Garzón Lozada	**TELEFONO:**	3203023365
GENERO:	femenino	**EPS:**	Nueva EPS
EDAD:	46 años	**EMPRESA:**	Hospital central
OCUPACION:	Terapeuta Respiratoria	**CARGO:**	Terapeuta Respiratoria

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL REALIZADOS	RECOMENDACIONES:
TIPO DE VALORACIÓN: EXAMEN OSTEOMUSCULAR. **MÉDICINA ESPECIALIZADA OCUPACIONAL.**	Uso de elementos de protección personal, pausas activas, higiene postural, valoración periódica por EPS.

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL: APTO

OBSERVACIONES: NINGUNA.

TIPO DE RESTRICCION: NINGUNA.

Dr. Óscar Andrés Barreto Morales
Médico Especialista en S.S.T
R.M. 95102010 LIC. 4500

Dr. ÓSCAR ANDRES BARRETO MORALES.	**FIRMA DE EL EMPLEADO:** Rosa Adriana Garzón Lozada
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	**CEDULA DE EL EMPLEADO: 52114415**
CEDULA: 1018407035.	*Certifico que no he omitido información sobre mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado.*
REGISTRO MEDICO: 9510/2010.	
LICENCIA EN S.S.T: 4700/2016. BOGOTA.	

BOGOTÁ -COLOMBIA, CARRERA 8 H - N -166-60. TELEFONO: 302 3886211.
DRBARRETO2010@HOTMAIL.COM

SABERSALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD

CERTIFICA QUE:

ROSA ADRIANA GARZON LOZADA

C.C. 52.114.415 de Bogotá

ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 4904 del 2009
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DADO A LOS 10 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2018, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS

Alexander chaparro Rincón
Enfermero Profesional
ANEC 13649

LIBRO 2 FOLIO 0491

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

sabersaludse@gmail.com
Cel. 350 626 0481

SLC

Escuela de Entrenamiento, Capacitación y Formación Educativa
Educación Para el Trabajo y Desarrollo Humano
Registro NIT No. 80472621-1

Certifica que

ADRIANA GARZON LOZADA

Aprobó al Curso Taller de

REANIMACION BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Intensidad horaria de (40) horas
VALIDEZ DOS (2) AÑOS

Bogotá – Colombia, 08 DE FEBRERO DE 2018

SVB/BLS
SLC Escuela de Entrenamiento

Fabio Leonardo Peñuela Buitrago
Director Grupo de Entrenamiento y Capacitación de Urgencias y Emergencias

SVB / BLS
SLC Escuela de Entrenamiento

Resolución Dec. 4904 de 2012 de MEN
Resolución Dec. 2888 de 2012 de SED

SLC SALUD
Escuela de Entrenamiento, Capacitacion y Formación Educativa
en Urgencias y Emergencias
Para Brigadas Sociales, Escolares y Empresariales

Scanned by CamScanner

SABERSALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES
EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

ROSA ADRIANA

GARZON LOZADA

C.C. 52.114.415 de Bogotá.

ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL AVANZADO

ACLS

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 4904 del 2009
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DADO A LOS 20 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2018, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.

Ivan Torres Vásquez
Coordinador Académico
SABERSALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD
SABERSALUD
APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
ANEC 13649

LIBRO 3 FOLIO 0106

sabersaludse@gmail.com
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639

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: E.T.C.A.FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	18-12-18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Garzón	Lozada	Rosa	Adriana

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52114415.	Bogotá	1991-05-31
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
17-01-1971	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐		2	2	3203023365

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							PROFESION/ OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☒	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	Terapia CUAL: Respiratoria	OTRO	Terapeuta Respiratoria
TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐			OTRO ☐			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 13 Sur # 8-50 Apto 308	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	4018744

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
adrigarzon1@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

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA						CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8692	
			ICA	SI ☒	NO ☐		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	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: E1-CA-FT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ VICIOS ☒ LUD ☐	NIT	800215303-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ ANSPORTE ☐ OLOGIA ☐ ENTOS MEI ☐ MENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
D834#5-43	3444484	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Terapeuta Respiratoria		**FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)**	2018-03-07

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	4'600.000	GASTOS FAMILIARES	1'200.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	5'000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	17'000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	130.000.000	DEUDAS TERCEROS	6.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	1'500.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	4'600.000	TOTAL EGRESOS	2'700,000	TOTAL ACTIVOS	147.000.000	TOTAL PASIVOS	11.000.000

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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Quezada	Medina	Sergio	Andres.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Calle 45 # 8-74	Bogotá	Amigo	4731318-310-8557106

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogotá	Cuenta de Ahorros.	004022968	Calle 53	3077000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ ORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRE ☐ MOS ☐ PAGO ☐ RVICIOS ☐ 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 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.):

Del ejercicio de mi profesión como Terapeuta Respiratoria

Scanned by CamScanner

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se 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 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 artículo 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, 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 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, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío 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.

Scanned by CamScanner

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, compañías 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 estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica 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 sarlaft@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.
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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Adriana Garzón L.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

Scanned by CamScanner

NUEVA EPS S.A
Certifica

010 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del SEGUNDO COTIZANTE

CC 52114415 ROSA ADRIANA GARZON LOZADA

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	Mas de 26	**Estado**	ACTIVO
Fecha Afiliación	01/04/2013	**Causal**	
Fecha Cancelación	00/00/0000		

La presente certificación se expide el día 4 de Octubre de 2018 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

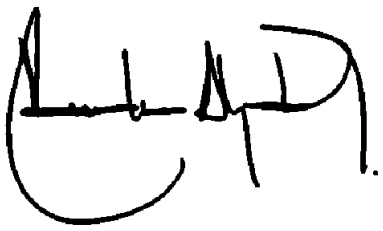
FLORENY YULEIVI ACHINTE MERA
INFORMACION CALL CENTER

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ROSA ADRIANA GARZON LOZADA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,114,415**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

52 114 415.	Positiva
Numero de Documento	ARL

Rosa	Adriana	Garzón	Lozada
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

17-01-1971	Bogotá	Calle 13 Sur # 8-50	4 61 87 44
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Nueva EPS	Porvenir	$ 2'800.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Terapeuta Respiratoria	07-03-2018
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

adrigarzon1@hotmail.com	320 302 33 65.
Correo Electrónico	Celular

Adriana Garzón L	Esneda Rocha
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 41.920.114.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119244390

WEB
01:28:43

Bogotá DC, 15 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROSA ADRIANA GARZON LOZADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52114415:

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)

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 19 de diciembre de 2018, a las 01:17:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52114415
Código de Verificación	521144151812190117 48

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2614239

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 23:59 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO CATORCE MIL CUATROCIENTOS QUINCE**

52114415

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: 12_YLRD_5823
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:19:43 horas del 19/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52114415**
Apellidos y Nombres: **GARZON LOZADA ROSA ADRIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

Nit 860 002 964 4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que GARZON LOZADA,ROSA ADRIANA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 52.114.415 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 004022968, abierta/o desde el 06/07/2006.

Se expide en Bogota el día 17 del mes de Diciembre del año 2018

Firma Autorizada

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

Scanned by CamScanner