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 – GESTION TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA		Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Ivi Marina Suarez		DOCUMENTO:	39686633	
TELEFONO	6901780		ACTIVIDAD SOLICITADA:	Auxiliar de Enfermeria	

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI ☒	
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☒	
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☒	
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	N/A ☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒	NO ☐
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒	N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☒	N/A ☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8692	SI ☒	
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒	
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☒
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☒	N/A ☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒	N/A ☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐
18	ANTECEDENTES ÈTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☒	N/A ☒
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☐	N/A ☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒	
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☒	N/A ☐
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☒	N/A ☒
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐	N/A ☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☒	N/A ☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☒	
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Nueva E.P.S	SI ☒	
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Colpensiones	SI ☒	
32	FORMULARIO DE AFILIACION A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI ☒	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:	
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:	



Aumentar el contraste UTC -5 2:58:36 LUZ MARINA SUAREZ



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Id de página:: 23000629 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 c
212584	PS 0724 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	16 días para terminar *(15/12/2018 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	LUZ MARINA SUAREZ	1

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

018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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: 04-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SUAREZ	SUAREZ	LUZ MARINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 39686633

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 7 MES OCT AÑO 1963

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 144 N. 141a 50 MANZANA 1 INTERIOR 34

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6901780

EMAIL luzmasuasua@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 ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES SEPTIEMBRE 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*
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	1989	AE062398

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: 04-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL LA VICTORIA SEDE IMI	X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*	
3575610	DIA 1 MES 2 AÑO 2007	DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PEDIATRIA	CARRERA 10 # 1-66	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INSTITUTO MATERNO INFANTIL		X	Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*	
	DIA 15 MES 11 AÑO 1989	DIA 31 MES 12 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PEDIATRIA	CARRERA 10No. 1 66	

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	11	10
PRIVADO	17	1
PARTICULAR	0	0
TOTAL	28	11

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).

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: 04-dic-2018

Bogotá 04 de diciembre de 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 15-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 39686633 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Calle 144 N. 141a 50 MANZANA 1 INTERIOR 34 **Teléfonos** 3115832759 6901780

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE LUIS SUAREZ SUAREZ	1018452165	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	AHORROS	019119544	unicentro	$ 5.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	CALLE 144# 141A 50 MZ 1 INT 34	$ 121.873.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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-dic-2018

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 15-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Libertad y Orden

Ministerio de Educación Nacional
República de Colombia

icfes mejor saber

Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación

Teniendo en cuenta que:

Luz Marina Suarez Suarez

Identificado con **C.C. 39686633** y número de Registro SNP **VG201120043513** presentó y aprobó el Examen de Validación del Bachillerato Académico, realizado el **04 de septiembre de 2011** de acuerdo con lo establecido en el Decreto **299 del 4 de febrero de 2009**

Le confiere el Título de

Bachiller Académico

Dado el **15 de noviembre de 2017** Bogotá D.C

Nota: El presente diploma tiene plena validez para todos los efectos de ley y su contenido puede ser verificado a través de la página www.icfes.gov.co (Atención al Ciudadano)

DIRECTORA ICFES

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUNDACION SAN JUAN DE DIOS

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
DE BOGOTA

CERTIFICADO

Concedido a

LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ.

POR HABER CURSADO Y APROBADO EL PROGRAMA DE ESTUDIOS TEORICO-PRACTICOS ESTABLECIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD, QUE LA CAPACITAN PARA EJERCER

COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECTOR DEL HOSPITAL

DIRECTORA DE LA ESCUELA

BOGOTA, D. E. ENERO 27 DE 1989

Aprobada por Resolución Nº 000491 de Junio 30 de 1949, Ministerio de Salud

06 FEB. 1989

REPUBLICA DE COLOMBIA $20 VEINTE PESOS TIMBRE NACIONAL M0161614

icfes mejor saber

Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación

ACTA DE APROBACIÓN
EXAMEN DE VALIDACIÓN DEL BACHILLERATO

De conformidad con lo establecido en el Decreto **299 de 2009** , expedido por el Ministerio de Educacion Nacional y considerando que mediante resolucion No. **000579 del 25 de octubre de 2011** se otorgaron titulos de BACHILLER a quienes aprobaron el Examen de Validacion del Bachillerato Academico realizado por el ICFES el **04 de septiembre de 2011**

se expide la presente **ACTA DE APROBACIÓN** a

Nombre: LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ

Documento: C.C. 39686633

Número de Registro: VG201120043513

Nota: Esta acta tiene plena validez para todos los efectos de ley y su contenido puede ser verificado a traves de la página www.icfes.gov.co (Atención al Ciudadano)

Secretario General

CERTIFICACION DE AUXILIARES DE ENFERMERIA 1.988

En el libro No. 2 de Actas de Certificación Colectiva y bajo los folios No. 8, 9 y 10 aparece un acta que dice:

A C T A No. 110

En Bogotá, a los 27 días del mes de enero de 1.989, en la Capilla del Hospital San Juan de Dios, tuvo lugar la clausura del año lectivo 1.988 de la Escuela de Auxiliares de Enfermería del Hospital Materno Infantil de Bogotá.

El acto fué presedido por la Dra. Miryam de Campos, representante del Director del Hospital San JUan de Dios; La Lic. Ana Lucia Mesa de Gómez, Administradora del Hospital Materno Infantil; Madre Teresa Vecino, Directora del Departamento de Enfermería del Hospital Materno Infantil; Lic. Ana Julia Carrillo, Directora del Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios; Delia Rodriguez de Aya, Directora de la Escuela de Auxiliares de Enfermería; Sra. Lucila Jimenez de Camargo, Srta. Alba Cecilia Gómez y srta. Esperanza Manrique P.; Instructoras de la Escuela.

Las alumnas que completaron los estudios teorico-prácticos y cumplieron los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud, para obtener el Certificado que las acredita como Auxiliares de Enfermería son las siguientes:

1.	ANA ELSA BARRETO QUIROGA..... C.C No.	35.508.202 Bogotá
2.	MARIA LUISA BAUTISTA PAVA.....	20.678.299 La Calera
3.	MARIA ALICIA CAJAMARCA LOPEZ.....	39.723.581 Sibaté
4.	CLARA LUCIA CASTILLO DELGADO.....	51.671.721 Bogotá
5.	YANIRA STELLA FONSECA VELOSA.....	39.535.715 Bogotá
6.	LUZ ALCIRA FUENTES CASTRO.....	51.703.605 Bogotá
7.	LUZ MARINA GIL SIERRA.....	20.472.630 Chia
8.	MERIDA MAYORGA CUBILLOS.....	51.807.986 Bogotá
9.	OLGA MOLINA ARDILA.....	51.777.167 Bogotá
10.	NANCY PATRICIA OVALLE CIFUENTES.....	51.842.786 Bogotá
11.	FRANCIA ELENA RICO TABARES.....	51.754.733 Bogotá
12.	LUCY RODRIGUEZ CARABALI.....	30.345.161 La Dorda
13.	GLADYS ROJAS OSPINA.....	51.807.694 Bogotá
14.	ANGELA MARIA SAAVEDRA GUARNIZO.....	51.746.345 Bogotá
15.	ANA HELENA SARMIENTO GUACANEME.....	51.912.126 Bogotá
16.	FLOR SABINIANA SASTOQUE MUÑOZ.....	51.916.620 Bogotá
17.	CLARA INES SERRANO REYES.....	51.736.235 Bogotá
18.	EMERITA SILVA RUEDA.....	51.906.166 Bogotá
19.	LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ.....	39.686.633 Usaquén
20.	ROSA MARIA TASCON MINOTA.....	59.665.129 Tumaco
21.	DORIS JAEL URRUTIA RAMIREZ.....	51.705.542 Bogotá
22.	BLANCA CELINA VALDERRAMA QUINTERO.....	42.878.177 Envig. (Ant.)
23.	MARIA ISABEL VELANDIA SERRANO.....	51.620.290 Bogotá
24.	RUBI LEONOR VASQUEZ MARTINEZ.....	51.816.604 Bogotá
25.	NANCY PATRICIA ZAMBRANO LARA.....	51.863.776 Bogotá
26.	NOHORA CLAVIJO RUNZA.....	32.704.138 B/quilla.

Luego que la Directora de la Escuela de Auxiliares de Enfermería Doña Delia Rodriguez de Aya dirigió algunas palabras a los asistentes al acto y que se tomó el juramento de rigor a las Nuevas Auxiliares de Enfermería, los miembros de la Mesa Directiva hicieron entrega de los respectivos Certificados.

En constancia firma:
La Directora de la Escuela de Auxiliares de Enfermería.

Hay un sello que dice:
Escuela de Auixliares de Enfermería. Hospital Materno Infantil. Directora.

La presente se expide a petición de la interesada a los (31) días del mes de enero de 1.989.

Atentamente,

DELIA RODRIGUEZ DE AYA
Directora
Escuela de Auxiliares de Enfermería.

Como NOTARIO SEGUNDO (2o.) de este Círculo ... hago constar que esta fotocopia concuerda con su original que he tenido ... Bogotá, D.C. 17 JUN 1989

NOTARIO SEGUNDO

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

SUAREZ SUAREZ LUZ MARINA

C.C.39686633

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas

HOSPITAL MEISSEN

Hospital Meissen E.S.E

Otorga certificado a:



LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ

Con C.C. N° 39686633

Asistió a la capacitación en los protocolos de intervención en las Unidades de Recién Nacidos URN, del Programa Mentes y Puertas abiertas de acuerdo al convenio 1888 con la Secretaria Distrital de Salud.

Dr. Leonardo Alfonso Morales H.
Gerente.

Dra. Liliana Ortiz Valderrama
Líder de Proceso Salud Mental
Convenio 1888

"Por la integralidad en la salud con respeto y transparencia"

HOSPITAL LA VICTORIA,
INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Y
QUIRUMEDICAS LTDA

Instituto Materno Infantil

CERTIFICAN QUE:

LUZ MARINA SUAREZ

Asistió al:

" III SIMPOSIO EN PREVENCION DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA SALUD "

INTENSIDAD DE 4 HORAS

Dr. FERNANDO ANIBAL PEÑA DIAZ
Gerente

Dra. YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ
Subgerente

JOSE NOEL GARCIA LONDOÑO
Gerente General
QUIRUMEDICAS LTDA

BOGOTA, 28 DE JUNIO DE 2013

LABORATORIOS
QUIRUMEDICAS

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

BOGOTÁ POSITIVA

EL HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL - INSTITUTO MATERNO INFANTIL E.S.E



Certifica que:

LUZ MARINA SUAREZ

Asistió a la 1ra jornada de Actualización en Ginecobstetricia y Perinatología

En constancia se Firma en Bogotá, D.C., el 28 de Septiembre de 2009

JORGE EDUARDO CARO
COORDINADOR GINECOBSTETRICIA

MARIO ALBERTO POSADA ROJAS
GERENTE (E)

HOSPITAL LA VICTORIA ESE III NIVEL





Certifica que :

Luz Marina Suarez Suarez

Con cedula de ciudadanía N° 39686633

Auxiliar de enfermería

Asistió al curso de "Actualización en Lactancia Materna y Política y estrategias materno infantil", los días 23, 24 y 25 de Noviembre, dictado en las instalaciones del Instituto Materno Infantil , con una intensidad horaria de 12 horas teórico prácticas.

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de Noviembre del 2011

Fernando Aníbal Peña Diaz
Gerente

Silvia Capasso
Referente Educacion medica

Yanith Piragauta Gutierrez
Subgerenta de Servicios de Salud

Magnolia Rojas Ardila
Cor. Comité de Lactancia Materna



XI JORNADAS PEDIÁTRICAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

CERTIFICA QUE:

LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ

PARTICIPÓ EN

XI JORNADAS PEDIÁTRICAS- URGENCIAS PEDIÁTRICAS
"10 TEMAS PARA NO OLVIDAR"
Realizado en la Ciudad de Bogotá, el 21 de septiembre de 2012
con una intensidad de 8 horas
Organizado por Residentes de Pediatría

Hospital Universitario Clínica San Rafael

Dra. Clemencia Mayorga
Gestora Departamento de Pediatría y Neonatología

Dr. Miguel Angel Murcia
Director Científico

Aura L Rojas Chaparro

Dra Aura Lizeth Rojas
Jefe de Residentes de Pediatría

SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA
Regional Bogotá

Universidad Militar Nueva Granada

Asociación Colombiana de Neonatología

SCP Sociedad Colombiana de Pediatría

Certifican que:

LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ

Asistió en calidad de **Participante** a las

XII JORNADAS PEDÁTRICAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

Dra. Clemencia Mayorga
Centro Departamento de Pediatría

Dr. Miguel Angel Mo...
Director Científico H... SR

Dra. Ar... Solaz...

RESPETO · ESPIRITUALIDAD · HOSPITALIDAD · RESPONSABILIDAD · CALIDAD

BOGOTÁ HUMANA

PROGRAMA CANGURO 2004-2014

HOSPITAL La Victoria Empresa Social del Estado

La Empresa Social del Estado Hospital La Victoria III Nivel, certifica que

LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ

Participó en el Primer Simposio del Programa Madre Canguro, el cual se llevó a cabo el día 30 de Septiembre de 2014 en las Instalaciones de la Secretaria de Salud

Salvando vidas piel a piel

Fernando A. Peña Díaz
Gerente ESE Hospital La Victoria III Nivel

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

EL HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL

CERTIFICA QUE

LUZ MARINA SUÁREZ SUÁREZ

ASISTIÓ AL

VI SIMPOSIO EN PREVENCION DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD "BUENAS PRACTICAS EN EL HOSPITAL"

INTENSIDAD DE 4 HORAS

FERNANDO ANÍBAL PEÑA
Gerente

YANITH PIRAGAUTA
SubGerente

Bogotá DC, 9 de diciembre de 2014

HOSPITAL La Victoria Empresa Social del Estado

BOGOTÁ HUMANA

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

Luz Marina Suarez Suarez

realizó el curso de

Lactancia Materna - Curso 2

25 de febrero de 2015

HOSPITAL La Victoria Empresa Social del Estado

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

Luz Marina Suarez Suarez

realizó el curso de

Reinducción 2015 - Hospital La Victoria

15 de enero de 2015

HOSPITAL La Victoria Empresa Social del Estado

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría de Salud

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE Y
EMEDE S.A.S.

MD S.A.S
eMeDe SERVICIOS S.A.S.

OTORGA EL SIGUIENTE CERTIFICADO A:

LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ

Por su asistencia a la capacitación en Entrenamiento en el modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva y Prevención. Asesoramiento en IVE y Procedimiento de ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA PARA ATENCIÓN DE PACIENTES, realizado el 02 de DICIEMBRE de 2015 , con una duración de 12 horas.

JORGE EDUARDO CARO
GINECOOBSTETRA
COORDINADOR CONVENIO
eMeDe SERVICIOS S.A.S

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

Luz Marina Suarez Suarez

Asistio al Simposio

Prevención de Infecciones Asociado a la Atención en Salud 2016.

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:

Hospital Materno Infantil - Escuela Auxiliares Enfermeria (I.M.I)
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Luz Marina Suárez Suárez 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:

Auxiliar de Enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 39686633

Tarjeta profesional No: AE 062398

Dirección de contacto: Calle 144 # 141A 50 Manzana 1 Interior 34

Teléfono: 6901780

INSTITUTO MATERNO INFANTIL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

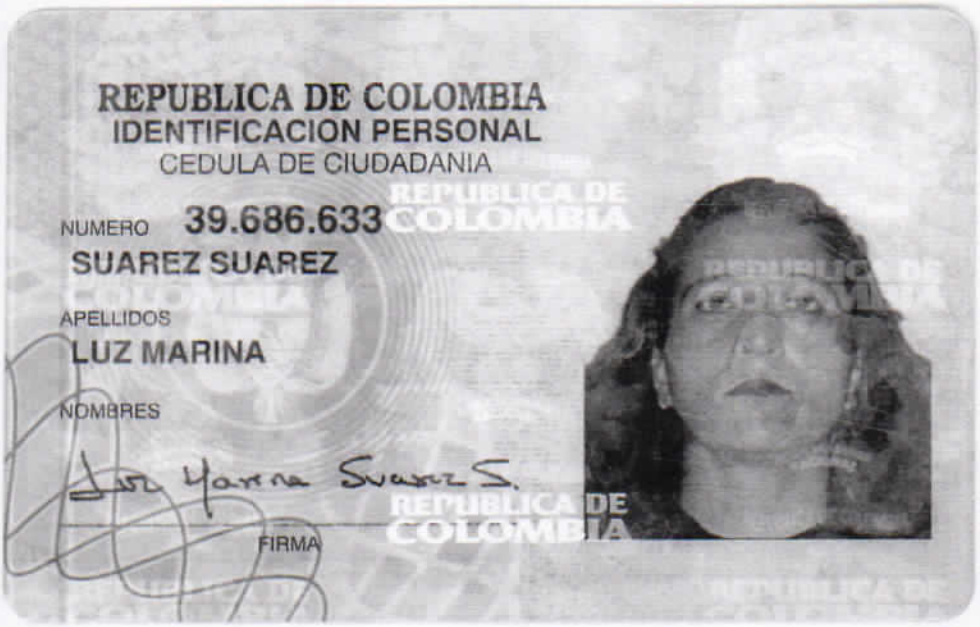
CERTIFICA QUE:

La señora **LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ,** identificada con la cédula de ciudadanía No.39.686.633 de Bogotá, labora en la Institución con el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, con experiencia en el área de Ginecoobstetricia y Neonatología.

La presente se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., a los siete (7) días del mes de julio de dos mil seis (2006).

Cordialmente,

ENF. ELSA MYRIAM PEDRAZA ARIAS
Jefe Departamento de Enfermería



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.686.633

SUAREZ SUAREZ

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1963

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

14-DIC-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00016403-F-0039686633-20080623 0000586550A 1 1150001417

DIAN®

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

Modelo Único de Ingresos, Servicio y Gestión Automatizada

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14322173758

(415)7707212489984(8020) 000001432217375 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 6 8 6 6 3 3	8	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	3 9 6 8 6 6 3 3	1 9 8 1 1 2 1 4

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
SUAREZ	SUAREZ	LUZ	MARINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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
CR 7 C 153 B 05

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jose.suarezs@hotmail.com		6 7 4 2 7 2 8	3 1 1 5 8 3 2 7 5 9

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 7 0 1 3 1	7 4 9 0	2 0 0 7 0 1 3 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	1	2																

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 1 2 1 0

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:

Luz Marina Suárez S

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada: Diana Marcela Olmos G.

984. Nombre: OLMOS GOYENECHE DIANA MARCELA

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 10-12-2014 08:36:56AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 39686633-8 LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ

Información General

Dirección KR 7 C 153 B 05

Teléfonos 6742728-3115832759

Dirección electrónica jose.suarezs@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/05/2007

Soporte Inscripción 9043479

Fecha Inicio Actividades 01/05/2007

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:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

No. AE 062398

SUAREZ SUAREZ

LUZ M[illegible]

396865[illegible]

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Luz Marina Suarez S

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número 02200 16 FEB 1989

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ con cédula de ciudadanía número 39'686.633 de Usaquén (Bogotá) ha solicitado el registro de su Certificado L A U X I L I A R D E E N F E R M E R I A

Que le otorgó La Escuela de Auxiliares de Enfermería del Hospital Materno Infantil de Bogotá

El 27 de enero de 1989

Que dicho se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de

Al folio del Libro de

Que

MINISTERIO DE SALUD
Es Fotocopia Auténtica
de Original
Santafé de Bogotá 18 JUN 1998
CORRES. ARCHIVO

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

GABRIEL PONTON LAVERDE
Director Vigilancia y Control

GUSTAVO RUBIO QUESADA
Jefe Sección Profesiones (E)

f sm.

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 *: 39686633

Primer Nombre *: luz

Primer Apellido *: suarez

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-11-29→1:28:07 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	39686633	LUZ	MARINA	SUAREZ	SUAREZ	Ver

Información Detallada [CC: 39686633] LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ

2018-11-29→1:28:07 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Titulo*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1989/2/16	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).

Certificado de Vacunación

compensar | salud

Institución: _____

Nombre: LUZ MARINA SUAREZ

Identificación: 39686633 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B		03 FEB. 2017 LOTE 1434026 01		Diana Sierra
	2	03 MAR. 2017	1434026 07 08-19	compensar SANDRA

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
	3	20 ABR. 2017	1434026 08 S-19	compensar SANDRA
	R	13 DIC. 2018	ENGERIX LAHBVC664AI V.08/2020	IPS VACUNAR COLOMBIA NIT: 900.394.7

CO.450150920

UNIDAD MEDICA MODELIA

"Experiencia y Calidad con Tecnología al Servicio de su Salud"

Dirección: Carrera 82 # 22 A 71

Teléfono : 4102145 Celular 3164740813

CERTIFICACION MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 24 / 07 / 2016

HORA : _____

Nombre: Luz Marina Suarez Suarez

Fecha de Nacimiento: 7 /10 /63 Edad 52 Sexo M__ F X Estado Civil Soltero

CC: 39686633

El suscrito médico certifica que Luz Suarez con CC 39686633

Se encuentra apto/a para desempeñar el cargo Auxiliar en el área de Enfermeria

El cual aspira en la empresa _____

Nombre del Medico Especialista: LELIS ANTONIO SANCHEZ DIAZ

RM : 6784 LIC : 1204 SDS

Lelis Antonio Sanchez
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
CC 7933174
RM 6784 LIC 1204

Firma _____

Nombre del aspirante: Luz Marina Suarez S

Lelis Antonio Sanchez
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
CC 7933174
RM 6784 LIC 1204

Firma del aspirante

CC: 39'686.633 Bta

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Luz Marina Suarez Suarez

C.C. 39.686.633 de Bogotá.

ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DADO A LOS 14 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2018,
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 2 FOLIO 0566

Sede administrativa Calle 8 A # 72A - 32 Barrio Castilla
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639
sabersaludse@gmail.com

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ

c.c. :39.686.633

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá, a los 16 días del mes de Noviembre de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal - Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

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

FECHA: 13/12/2018 CIUDAD: Bogotá D.C DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Estimado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Entidad Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE 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
Suarez	Suarez	Luz	Marina

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	39686633	Bogotá D.C	1981/12/14

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
1963-10-07	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	1	3115832759

NIVEL DE ESTUDIOS FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNOLOGO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL:

PROFESION OFICIO: Auxiliar de Enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 194#14A50 Mz 1 In 134	Bogota	Cundinamarca	Colombia	6901780

CORREO ELECTRONICO	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
luzmasuarez@gmail.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. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

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

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

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

SI ☐ NO ☒ | SE ☐ | NO ☒ | Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA (PUNTO LABORAL) | GOBIERNO ☐ | SERVICIOS ☒ | OTRO ☐ | NIT 900959051-7

REPRESENTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELEFONIA ☐ VIAJES ☐ MEDICINA ☐

OTRA ☐ CUAL ☐

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Carrera 10 #1-66 Sur	2971325	Bogotá	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL: Auxiliar de Enfermeria | FECHA VINCULACION: 2007-02-01

SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE ESPECIALIDADES	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
—	—	—	—	—	—

INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIO		GASTOS FAMILIARES	$800000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$1500000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
PENSIONES		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$218'3000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS		OTROS EGRESOS		OTROS ACTIVOS		OTROS PASIVOS	
TOTAL INGRESOS	$1500000	TOTAL EGRESOS	$800000	TOTAL ACTIVOS	$218'3000	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
—	—	—	—

REFERENCIA PERSONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Pinzón	Garcia	Flor	Mireya
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Carrera 45 #5A87	Bogotá	Amiga	2625858/3124259493

REFERENCIA BANCARIA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	Cuenta de Ahorros	0191195444	Unicentro	4010000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

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

DECLARACION DE ORIGEN DE LOS BIENES O FONDOS

Obrar suscribo la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo 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"

Que los recursos que entrego y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (salario, pensiones, gestión, negocio, etc.):

Auxiliar de Enfermeria

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).

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.

Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE no provienen de actividades ilícitas. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

Cumplo a ello hago 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 vincula (n) a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de ilustración de cualquiera de las anteriores afirmaciones o en el eventual caso de que practicación de aportes sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se identifiquen las declaraciones por mi efectuadas, entendido 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 liación del mismo.

Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e informaciones que fueron requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y 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 o 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 comerciales, razon por la cual procede 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 - 83, teléfono 2 41 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades/Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) 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 terminos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia 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, y/o cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la 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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia 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 consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre 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 comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) 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 14 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono: 344 44 44 , e-mail: sariaf@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

9.AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se deben emplear 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

Liz Marina Suárez S

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:		

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ identificado(a) con CC 39686633 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE SUBA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 04 días del mes de diciembre del año 2018 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **39686633,** se encuentra afiliado (a) desde **15/11/1989** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

39686633	Sura
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Luz	Marina	Suarez	Suarez

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
07/10/1963	Bogotá D.C	Calle 144 # 141A 50 Manzana 1 Interior 34	6901780

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Nueva EPS	Colpensiones	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar de Enfermeria	

Correo Electrónico	Celular
luzmasuasua@gmail.com	3115832759

Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

ARL | sura

Medellín, 04 de diciembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 39686633 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 18/02/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900559051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C39686633183384127 6

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 04/12/2018 11:27 AM

Dirección IP: 181.130.203.205, 172.16.42.236

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118539729

WEB
01:22:44

Bogotá DC, 29 de noviembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39686633:

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 martes 04 de diciembre de 2018, a las 11:24:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	39686633
Código de Verificación	396866331812041124 00

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. 2566913

Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2018 - 1:16 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES** de BOGOTA DC

39686633

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:26:27 horas del 29/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **39686633**
Apellidos y Nombres: **SUAREZ SUAREZ LUZ MARINA**

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.

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **LUZ MARINA SUAREZ SUAREZ** identificado(a) con **cedula de ciudadania número 39.686.633** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130019000200119544** aperturada el **17 de enero de 1981**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **019119544**
10 dígitos: **0019119544**
16 dígitos: **0019000200119544**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **29** de **noviembre** de **2018** a las **09:30**, con destino a **Quien Interese.**

Firma autorizada autografiada
BBVA COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO