Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LUENGAS SANCHEZ MARIA LUCRECIA** identificado(a) con **CC** número **52.986.381** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de septiembre de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de enero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2024010315345

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARIA LUCRECIA LUENGAS SANCHEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52986381, se encuentra Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240106	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Enero de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
23877914

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud EPS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X • Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo X; B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente X; C. Pensionado
Código 59

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido Sanchez; Segundo Apellido; Primer Nombre Maria; Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 52-986381 o/o
9. Sexo: Femenino X; Masculino
10. Fecha de nacimiento: 1 9 8 3 0 4 0 8
11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M; Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Lugar de nacimiento: Zuricaray; Departamento Boyaca; País Colombia
Dirección de residencia: Cra 9 #13 H 42-68 Sur
Teléfono fijo y/o celular: 3209056885
Zona: Urbana X; Rural
Municipio / Distrito: Kennedy
Departamento: Cundinamarca
Correo electrónico: malulu_85@hotmail.com
Administradora de pensiones: Proteccion
Administradora de riesgos laborales - ARL: positiva
Número de identificación laboral: 4155 2743

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.500.000
18. Residencia

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente, padres)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino; Masculino
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino; Masculino
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M; Condición T P	Municipio / Distrito	32. Datos de residencia: Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (si aplica)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B	Keralty	1016
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la

39. Ubicación: Dirección; Teléfono; Correo electrónico; Municipio / Distrito; Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo; B. Régimen Sub
14. Traslado: A. Mismo Régimen; B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número de documento de identidad
Sexo: Femenino; Masculino
Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
42. Fecha: D D M M A A A A
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado — Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del repor... de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por su... funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de ... de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 15... y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe la información ... mensajes de texto.

06 ENE 2024
Cod 625 Patricia Maria Manotas Rodrigu...
SUJETO A VERIFICACIÓN

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. El empleador, aportante o unidad responsable de la afiliación colectiva Institucio...

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant.
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que ... escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de ... los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los d...
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacion...
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones ...
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes s... la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

69. Fech...

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

277225-T



MARIA LUCRECIA
LUENGAS SANCHEZ
C.C. 52986381
RES. INSCRIPCION 2539 DEL 28/12/2020
POLITECNICO GRANCOLOMBIANO

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

299088 313819

Identificación Plástica S.A. 180942/0119

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

Escaneado con CamScanner

Banco Caja Social
Su banco amigo

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MARIA LUCRECIA LUENGAS SANCHEZ Identificado con CC 52986381

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PATIO BONITO, con las siguientes caracteristicas:

Cuentamiga

Número:	24130226273
Fecha de apertura:	9 de Enero de 2024
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a A QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0049 PATIO BONITO de la ciudad de BOGOTA, el día Martes, 09 de Enero de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Certificado de Aptitud
Ingreso Laboral
Contador



Fecha: 10/Ene/2024, **Hora:** 10:14:29 a.m.
Apellido: Luengas Sanchez **Nombre:** Maria Lucrecia
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52986381
Empresa: Servicio Nacional De Aprendizaje Sena
Emp. Usuaria: Senja
Cargo: Contadora
Direccion: Carrera 91 B 42 68
Telefono: **Celular:** 3209156885 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c. - Ciudad Kennedy

HC: # 21983
Edad: 40 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 10/Mar/1983

Rh: O+

.

Examenes Realizados

Glicemia	Normal	Trigliceridos	Normal	Hemograma Tipo I	Normal

Concepto

Apto Con Condiciones (que No Intervienen En Su Trabajo)
Enfasis Cardiovascular: Normal
Enfasis Neurológico: Normal.

Recomendaciones

S.V.E.

* Sve Ostemuscular

Estilo de Vida Saludable

* 1.disfrute De La Comida Y Coma En Compañía.
2.consuma Una Dieta Variada Incluyendo Alimentos De Todos Los Grupos.
3.evite Largas Horas De Ayuno.
4.las Dietas Muy Bajas En Calorías, Empeoran El Rendimiento Y Pueden Ser Perjudiciales Para La Salud.
5.coma Con Moderación. Se Recomienda No Llenar El Plato Hasta Arriba, No Debe Rebosar.
* 15.practique Ejercicio Físico, Si No Tiene Tiempo Siempre Puede:
A.subir Las Escaleras En Lugar De Utilizar El Ascensor.
B.pasear A Buen Ritmo.
c. Bajar Del Metro O Del Autobús Una Parada Antes De Llegar Al Destino, Para Acabar El Trayecto Caminando. 16. Duerma Bien, Descanse Oportunamente. 17. Realice Las Pausas Activas Indicadas, Ejercite Sus Manos Y Sus Ojos Son Rutinas De Descanso Para Los Mismos. 18. Si Permanece Sentado Por Mucho Tiempo, Levántese De Su Sitio De Trabajo Y Camine Un Rato Para Activar La Circulación Y El Movimiento Muscular De Mmii

Medicas

* Uso De Corrección óptica Permanente
* Valoración Por Oftalmología

Laborales

* Docentes, Cuidar Las Manos Humectándolas Con Cremas Especializadas, Vigilar El Estado De Salud De Las Cuerdas Vocales, Realizar Pausas Activas Para El Adecuado Descanso De La Fonación Y Músculos Asociados A Dicha Acción.además Al Estar Mucho Tiempo De Pie O Sentado, Realizar Ejercicios Para Activar La Circulación En Los Miembros Inferiores.realizar Pausas Para El Descanso Osteomuscular Y Visual, Realizar Ejercicios Específicos Para Evitar Posibles Complicaciones Con El Túnel Del Carpo, Controlar Su Agudeza Visual.

Otras: Valoraacion Por Oftalmología Ejercicio Físico 5 Veces Por Semana 30 Minutos Por Vez De Acuerdo Con La Oms Dieta Balanceada.

Observaciones

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa
Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007
Notas:

1) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de Junio de 2009 del cual transcriben a continuación algunos apartes:
"La custoria de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estara a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
2) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas
3) S.I.S. OCUPACIONAL es reasponsable del tratamiento de datos personales atendiendo los deberes de seguridad y confidencialidad ordenados por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

YARWIN RODRIGUEZ C.
MED.ESP.S.O
R M 952246

Darwin Jose Rodriguez Consuegra
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 4061/19
Registro #: 4061/19

Maria Lucrecia Luengas Sanchez
CC 52986381

Huella
Digital

Certificado de Aptitud
Ingreso Laboral
Contador



Fecha: 10/Ene/2024, **Hora:** 07:56:22 a.m.
Apellido: Luengas Sanchez **Nombre:** Maria Lucrecia
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52986381
Empresa: Servicio Nacional De Aprendizaje Sena
Emp. Usuaria: Sena
Cargo: No Aplica
Direccion: Carrera 91 B 42 68
Telefono: **Celular:** 3209156885 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c. - Ciudad Kennedy

HC: # 21967
Edad: 40 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 10/Mar/1983

Rh: O+

.

Examenes Realizados

Audiometria Tamiz	Normal	Visiometria	Normal	Examen Medico Ocupacional		Osteomuscular	Normal
Prueba Psicosensometrica	Normal						

Concepto

Apto Con Condiciones (que No Intervienen En Su Trabajo).

Recomendaciones

S.V.E.

* Sve Ostemuscular

Estilo de Vida Saludable

* 1.disfrute De La Comida Y Coma En Compañía.
2.consuma Una Dieta Variada Incluyendo Alimentos De Todos Los Grupos.
3.evite Largas Horas De Ayuno.
4.las Dietas Muy Bajas En Calorías, Empeoran El Rendimiento Y Pueden Ser Perjudiciales Para La Salud.
5.coma Con Moderación. Se Recomienda No Llenar El Plato Hasta Arriba, No Debe Rebosar.
* 15.practique Ejercicio Físico, Si No Tiene Tiempo Siempre Puede:
A.subir Las Escaleras En Lugar De Utilizar El Ascensor.
B.pasear A Buen Ritmo.
c. Bajar Del Metro O Del Autobús Una Parada Antes De Llegar Al Destino, Para Acabar El Trayecto Caminando. 16. Duerma Bien, Descanse Oportunamente. 17. Realice Las Pausas Activas Indicadas, Ejercite Sus Manos Y Sus Ojos Son Rutinas De Descanso Para Los Mismos. 18. Si Permanece Sentado Por Mucho Tiempo, Levántese De Su Sitio De Trabajo Y Camine Un Rato Para Activar La Circulación Y El Movimiento Muscular De Mmii

Medicas

* Valoración Por Oftalmología

Laborales

* Docentes, Cuidar Las Manos Humectándolas Con Cremas Especializadas, Vigilar El Estado De Salud De Las Cuerdas Vocales, Realizar Pausas Activas Para El Adecuado Descanso De La Fonación Y Músculos Asociados A Dicha Acción.además Al Estar Mucho Tiempo De Pie O Sentado, Realizar Ejercicios Para Activar La Circulación En Los Miembros Inferiores.realizar Pausas Para El Descanso Osteomuscular Y Visual, Realizar Ejercicios Específicos Para Evitar Posibles Complicaciones Con El Túnel Del Carpo, Controlar Su Agudeza Visual.

Otras: Ejercicio Físico 5 Veces Por Semana 30 Minutos Por Vez De Acuerdo Con La Oms Dieta Balanceada.

Observaciones

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa
Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007
Notas:

1) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de Junio de 2009 del cual transcriben a continuación algunos apartes:
"La custoria de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estara a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
2) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas
3) S.I.S. OCUPACIONAL es reasponsable del tratamiento de datos personales atendiendo los deberes de seguridad y confidencialidad ordenados por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

YARWIN RODRIGUEZ C.
MED.ESP.S.O
R M 952246

Darwin Jose Rodriguez Consuegra
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 4061/19
Registro #: 4061/19

Maria Lucrecia Luengas Sanchez
CC 52986381

Huella
Digital



CALLE 67 NO. 10 A -40 TERCER PISO BOGOTA D.C.
TEL. 60157140641

ESTADO DE SALUD

NOMBRE: Maria Lucrecia Luengas Sanchez	**C.C.: 52986381**
SEXO: Femenino	**EMPRESA: SENA**
FECHA: 10.1.24	**CIUDAD: BOGOTA**
TIPO DE EXAMEN: OCUPACIONAL	**CARGO: Contadora**

Según la revisión de la Historia Clínica de la persona arriba mencionada, contado con la anuencia de la misma para el desarrollo de este Certificado y considerando la ley de manejo de datos personales, podemos realizar las siguientes observaciones:

1. ***ESTADO CARDIOVASCULAR y NEUROLOGICO:***

Teniendo en cuenta los resultados del Perfil lipídico realizados en el Laboratorio Clínico y el procedimiento médico en Medicina Ocupacional realizado al aspirante, podemos decir que en el actual momento la persona tiene un aceptable estado de salud cardiovascular.

Observaciones: NO APLICA

2. ***ESTADO OSTEOMUSCULAR:***

Al examen, observando los procedimientos realizados en consultorio como son examen de miembros superiores e inferiores, columna en general, se considera que en el momento la persona tiene un aceptable estado de salud osteomuscular.

Observaciones: NO APLICA

3. ***PRUEBA PSICOLOGICA:***

Realizado el análisis pertinente se concluye que la persona no tiene rasgos de anormalidad en su estado psicológico . **RESULTADONORMAL**

4. ***ESTADO VISUAL/OPTOMETRICO :***

Realizadas las pruebas que involucran el estado visual en el momento, de la persona examinada, se informa:

	Sin corrección óptica		**Con corrección óptica**	
	Visión lejana	**Visión próxima**	**Visión lejana**	**Visión próxima**
OJO DERECHO	20/25			
OJO IZQUIERDO	20/25			
AMBOS OJOS	20/25	.50		

OBSERVACIONES			
USO EXIGIDO DE LENTES	**CONSULTA OPTOMETRICA**	**CONSULTA OFTALMOLOGICA**	**DESCANSO VISUAL X**
LENTES CON FILTRO U.V.	**LENTES CON ANTIREFLEJOS**	**LENTES TRANSICION**	**CONTROL EN UN AÑO X**

5. ***EXAMENES DE LABCLINICO** :*

Analizando los resultados obtenidos, se puede decir que hay una NORMALIDAD en los mismos.

En general, es importante tener una disciplina de hábitos saludables, buena higiene postural, revisión médica , una dieta conforme y ejercicio rutinario, descanso auditivo y visual.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado en la fecha y ciudad indicadas

DARWIN RODRIGUEZ C.
MED. ESP. S.O
R.M. 632246

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.986.381**

LUENGAS SANCHEZ

APELLIDOS

MARIA LUCRECIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1983**

GUAVATA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

15-MAR-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00855107-F-0052986381-20161013 **0051**799317A 2 1134121198

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14970234472

(415)7707212489984(8020) 000001497023447 2

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

IDENTIFICACIÓN

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	52986381	2001 03 15

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
LUENGAS	SANCHEZ	MARIA	LUCRECIA

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: CR 91 B 42 68 SUR BRR BRISAS

42. Correo electrónico: malulu_85@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 5 3 7 7 4 3	3 2 0 9 1 5 6 8 8 5

CLASIFICACIÓN

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 5 4 1	2021 01 01	8 5 4 2	2024 01 03		6 9 2 0	7 0 2 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 2024 - 01 - 03 / 20 : 27: 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LUENGAS SANCHEZ MARIA LUCRECIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:08/01/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 52986381	MARIA LUCRECIA LUENGAS SANCHEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 91B 42 68 SUR BRR BRISAS Teléfonos: 3209156885

Dirección electrónica: marialuengas748@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 01/01/2021

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/01/2021 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 69202 - ACTIVIDADES DE CONTABILIDAD, TENEDURIA DE LIBRAO, AUDITORIA FINANCIERA Y ASESORIA TRIBUTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 70202 - ACTIVIDADES DE GESTION EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: 8541 - Educación técnica profesional

Actividad 4: 8542 - Educación tecnológica

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora MARIA LUCRECIA LUENGAS SANCHEZ identificada con Cédula de Ciudadanía 52986381, se inscribió en nuestro servicio el día 24/01/2006.

El presente certificado se genera el día 03/01/2024, por solicitud del interesado.

Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-02-02 16:45

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	LUCRECIA	LUENGAS	SANCHEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	52986381

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$1.400.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.400.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO LIBRE INVERSION	$11.290.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:
