

Bogotá DC, 02 de febrero de 2018

Señora Coronel:

SANDRA PATRICIA PINZON CAMARGO

Jefe Seccional Sanidad Bogotá - Cundinamarca

Carrera 68 B Bis No. 44 - 58

Bogotá DC.

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional Seccional Sanidad Cundinamarca mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA para tal objeto me acogeré a los honorarios y me comprometo a cumplir con las horas pactadas dentro del contrato de acuerdo a la agenda establecida por la entidad.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro en curso de ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución en los artículos 8 y 9 de ley 80 de 1993, ni relacionada en el boletín de las responsabilidades fiscales de la contraloría general de la republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea informado a la dirección: Calle 48 sur No 72 j 57 Barrio: Boíta Kennedy, Celular: 3228570492. Correo: lizethmaleon2@gmail.com.

Atentamente,

MAYRA LIZETH LEON
MAYRA LIZETH LEON MONTALVO
C.C. No. 1.030.586.587 de Bogotá



FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

03-FEB-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00153835-F-1030586587-20090331

0010550122A 1

28768921

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.586.587

LEON MONTALVO

APELLIDOS

MAYRA LIZETH

NOMBRES

MAYRA LIZETH LEON

FIRMA



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Entidad Receptora



FUNCIÓN PÚBLICA

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LEON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MONTALVO	NOMBRES MAYRA LIZETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1030586587	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐	SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		
FECHA DÍA 27 MES 05 AÑO 1991	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CLL 48 SUR # 72 J 57 CASA 1 PISO KENNEDY BOITTA	
PAÍS Colombia	DEPTO Bogotá D.C	PAÍS Colombia
DEPTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ	DEPTO Bogotá D.C
MUNICIPIO BOGOTÁ	TELÉFONO 3228570492	EMAIL mayra01-27@hotmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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 BÁSICA		TÍTULO OBTENIDO: bachiller académico	
PRIMARIA	SECUNDARIA	MEDIA	FECHA DE GRADO
1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. 7o. 8o. 9o. 10 11	1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. 7o. 8o. 9o. 10 11	MES 12 AÑO 2008	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÁCNICA); TL (TECNOLÓGICA); TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA), ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD), RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	SI NO	TECNICA PROFESIONAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	MES AÑO	
		X		12 2011	

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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

LÁNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MAIRA LIZETH LEON MONTAÑO
IDENTIFICADO CON: 1 C.C. 1 C.E. 2 OTRO 3 No. 1030586587 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: BOGOTÁ
DIRECCIÓN CALLE 48 SUR # 72J 57 TELÉFONOS 3228870492
MUNICIPIO BOGOTÁ DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA PAÍS COLOMBIA

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
FRANCINET MONTAÑO ROSAS	26578647	MADE
DIEGO ALEJANDRO LEON LEON	1013142908	HIJO
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR ☐
LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	16.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	/
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	/
ARRIENDOS	/
HONORARIOS	/
OTROS INGRESOS Y RENTAS	/
TOTAL	16.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DANIELA	AHORROS	45637009107	TEREC (COLOMBIA)	0
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
/	/	/
/	/	/
/	/	/

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

MAYRA LIZETH LEON
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

BOGOTÁ FEBRERO 2018
CIUDAD Y FECHA

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 *

1030586587

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1030586587	MAYRA	LIZETH	LEON	MONTALVO	Ver

Información Detallada [CC: 1030586587] MAYRA LIZETH LEON MONTALVO

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/2/24	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).



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio

Institución

Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/01/2018 a las 15:13:25 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 1030586587 y

Nombres: LEON MONTALVO MAYRA LIZETH

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 105314170**



WEB

15:16:41

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 31 de enero 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) MAYRA LIZETH LEON MONTALVO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030586587:

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 GONZÁLEZ
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.

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 31 de enero de 2018, a las 15:17:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030586587
Código de Verificación	1030586587180131151758

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SURA

CERTIFICA

Que MAYRA LIZETH LEON MONTALVO identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1030586587 aparece registrado(a) en EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1030586587
NOMBRES Y APELLIDOS	MAYRA LIZETH LEON MONTALVO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	17-01-2018
FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA	VIGENTE
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	198
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	36

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 31/01/2018

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR
SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**



EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Línea de Atención Desde Medellín 448 61 15 Resto del país 018000 519 519

www.epssura.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

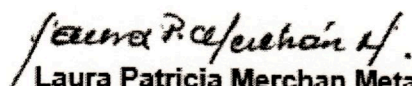
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEON MONTALVO MAYRA LIZETH** identificado(a) con CC número **1.030.586.587** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de abril de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 31 de enero de 2018.

Cordialmente,



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

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018013115211

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL



SECCIONAL SANIDAD BOGOTÁ

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD BOGOTÁ

FECHA 02 Febrero de 2018

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA X

CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario MAYRA LIZETH LEON MONTALVO NIT _____

Y/O

C.C. 1.030.586.587

Dirección CALLE 48 SUR # 72 J 57 Teléfono _____ Fax _____

Departamento CUNDINAMARCA Ciudad BOGOTÁ Municipio _____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros X

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: MAYRA01-27@HOTMAIL.COM SI (X)

TELÉFONO: 3228570492 SI (X)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera DAVIVIENDA Código _____

Sucursal TORRE CENTAL Código 4536 Ciudad BOGOTÁ

Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta 4563700091047

(Adjuntar certificación bancaria)

MAYRA LIZETH LEON

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ - CUNDINAMARCA**



MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

No. S – 2018

JEFAT – GASIS 3.1

Bogotá D.C. 01 de febrero de 2018

Señora Coronel
SANDRA PATRICIA PINZON CAMARGO
Jefe Seccional Sanidad Bogotá – Cundinamarca
Carrera 68 B Bis N°44-58
Bogotá

Asunto: solicitud autorización

Respetuosamente me permito solicitar a mi Coronel, su autorización para la contratación de la profesional **LEON MONTALVO MAYRA LIZETH** como Auxiliar de Enfermería Asistencial, quien prestara sus servicios según el programación contractual a partir del 27/03/2018. Quien dentro de sus actividades desarrollará.

1. Prestar sus servicios profesionales como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA** con conocimientos, para el desarrollo de actividades requerida por los servicios.
2. Llevar registro de atención diaria de procedimientos actividades e intervenciones, Así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso asistencial y administrativo en donde se encuentre.
3. Rendir los informes que la institución requiera dentro de los plazos determinados además de apoyar en digitación, consolidación de información y oficios que se requieran del grupo asistencial
4. Brindar una adecuada información acerca de los horarios y requisitos necesarios para el acceso a los servicios que presta la unidad.
5. Mantener buenas relaciones interpersonales con el grupo de profesionales, con sus compañeros y los usuarios.
6. Responder por la seguridad, conservación y aseo del equipo e instrumental de la dependencia.
7. Solicitar con la debida anticipación los elementos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
8. Mantener el orden y organización del área de trabajo y demás dependencias del servicio durante toda jornada laboral.
9. Velar por el uso racional de los insumos, e informar a la coordinación su consumo para realizar el pedido correspondiente.
10. Realizar todas las actividades específicas de acuerdo al servicio donde se encuentre asignado.
11. Mantener la debida reserva a comentarios que se emitan durante la consulta, actividades o procedimientos que realice.
12. Preparar los elementos e insumos necesarios para la consulta del día tales como: aceite. Gel. Alcohol, algodón, apósitos. Etc. E igualmente registrar el consumo de los mismos.



La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio "Francisco de Miranda"

Institución Educativa Distrital

Bogotá, D.C.

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según
Resolución No. 2563 del 28 de Agosto de 2002

Confiere a:

Mayra Lizeth León Montalvo

Identificado (a) con C.I. N° 910127-05099

Certificado de Estudios de Bachillerato Básico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Básica Secundaria, que lo (a) habilita plenamente para ingresar
a la Educación Media o al servicio especial de Educación Laboral



Ana Oliva Martín de González
Ana Oliva Martín de González
Rectora

José Miguel Gómez Zambrano
José Miguel Gómez Zambrano
Secretario

En desarrollo de lo dispuesto en los Artículos 88 y 89 de la Ley
115 de 1994 y Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994

Dado en Bogotá, D.C. a los 09 días del mes de Diciembre del año 2006

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.



Colegio Francisco de Miranda

Institución Educativa Distrital

Diagonal 41 E Sur No. 72-60 Barrio Timiza Tel. 273 62 52

Dane No. 11100114978

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los cuatro (04) días de Diciembre de 2008 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por la Lic. Ana Oliva Martín de González (Rectora) y José Miguel Gómez Lambrano (Secretario), en el cual el Colegio Francisco de Miranda Institución Educativa Distrital, confirió el título de:

Bachiller Académico

a:

Mayra Lizeth León Montalvo

I.D. No. 910127-05099 de Bogotá D.C.

Quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que lo acredita como tal.

Esta Institución está aprobada hasta Grado Once en el nivel de Educación Media Académica por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 2373 del 15 de Marzo de 2001.

Es fiel copia del Acta original No. 09 de fecha 4 de Diciembre de 2008 que consta de 134 estudiantes graduados comienza con el nombre de Acosta Rojas Cristian Ricardo y se cierra con el nombre de Vargas Vargas Héctor Andrés.

Dada en Bogotá, D.C., a los cuatro (04) días del mes de Diciembre de 2008

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado
en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Ana Oliva Martín de González
C.C. No. 41.493.037 de Bogotá
Rectora

José Miguel Gómez Lambrano
C.C. No. 79.424.013 de Bogotá
Secretario

Nota: No requiere registro, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.



Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Licencia de Funcionamiento Resolución No. 817 del 6 de Marzo de 2006 de la S.E.D. Autorización Oficial según Acuerdo N° 118 del 23 de Diciembre de 2009 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud y Registro Oficial Programa Resolución N° 13-0095 del 12 de Noviembre de 2009 de la Secretaría de Educación de Bogotá Distrito Capital

Teniendo en cuenta que:

Mayra Lizeth León Montalvo

Identificada(o) con la C.C No. 1.030.586.587 de Bogotá D.C.

Cursó satisfactoriamente los estudios y cumplió con las exigencias legales del programa con una intensidad de 1.800 horas, le confiere el presente certificado de Aptitud Ocupacional por Competencia

Técnico Laboral

Auxiliar en Enfermería

Director(a)

Secretaria (a)

Empleada en Bogotá D.C. a los 17 días del mes de Diciembre de 2011

Registrada al Libro de Registro N° 02 Folio N° 2



ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

AUTORIZACIÓN OFICIAL SEGÚN RESOLUCIÓN:
Nº 13-0095 DEL 12 DE NOVIEMBRE DE 2009
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D. C.

ACUERDOS DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Nº 118 DEL 23 DE DICIEMBRE DE 2008 Y Nº 149 DEL 21 DE MAYO DE 2009

ACTA DE CERTIFICACIÓN

En la Ciudad de Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año 2011 se reunieron los estudiantes y los suscritos Director y Secretaria de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"** con el fin de formalizar la terminación de estudios del programa académico **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** (Intensidad 1800 Horas). Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y culminaron los estudios correspondientes al programa **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, se procedió a otorgar **EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL**, de **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERÍA** al egresado cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

MAYRA LIZETH LEON MONTALVO

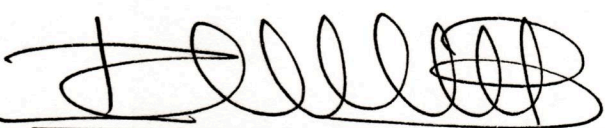
C.C. Nº 1.030.586.587 DE BOGOTÁ D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original Nº 37 de fecha 17 de diciembre del año 2011 que comienza con el nombre de AGUDELO AGUILERA LEIDY ALEXANDRA y cierra con el nombre de YAGUARA MONTOYA YISED

Firmado y sellado por OVIDIO LÓPEZ ROBAYO (Director) y LUZ ANGELA MERCHAN BENAVIDES (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C. a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de 2011


El Director
C.C. Nº 17'324.744 de V/cio.


La Secretaria
C.C. Nº 35'464.906 de Usaquen



CERTIFICACIÓN

RED VIDA S.A.S., identificada con el NIT.900450748-5, **CERTIFICA** que la señora **MAYRA LIZETH LEON MONTALVO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.030.586.587** presta sus servicios por medio de un contrato de prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** a la referida sociedad desde el día 24 de Julio de 2015, con un ingreso promedio mensual de Honorarios de \$978.450 (Novecientos setenta y ocho mil cuatrocientos cincuenta pesos M/cte.).

La presente certificación se expide por solicitud de la parte interesada, a los 23 días del mes de Mayo de 2017.

Cordialmente,

DANIEL MORENO AMAYA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO



Luciel Milla Celis

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

**MAYRA LIZETH
LEON MONTALVO**

C.C. 1030586587

Expedicion 28/11/2013



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 1977 de 24/02/2012
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C
Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación el Territorio Nacional.

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) LEON MONTALVO MAYRA LIZETH Identificado(a) con CC número 1030586587 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 17/12/2011.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: autorizar a LEON MONTALVO MAYRA LIZETH identificado(a) con CC número 1030586587 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 24/02/2012

Original firmado Por

DR. IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ

Director de Desarrollo de Servicios de Salud

IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Revisó : Marggy Pinilla C.
Elaboró : Víctor Sánchez.

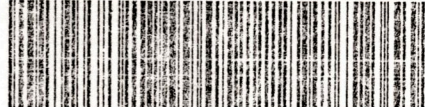
Bogotá, D.C. 23 NOV 13
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) MAYRA LEON
CC. # 1030586587

Firma

Biológico	Dosis	Fecha DOM/MA/A	Fabricante y Lote	Firma Vacunador
Tetánico Diférico Td	1	10-08-2004		
	2	10-08-2007		
	3	24-01-2008		
	4	22-01-2010		
	5	23-05-2011		
Hepatitis B	1	10-08-2007		
	2	25-09-2007		
	3	24-01-2008		

Biológico	Fecha de entrega	Fabricante y lote	Validez	Firma y lugar
Sarampión	24-01-2008	16 FEB 2008	1 año	Clm
Rubéola				
Varicela				
Fiebre Amarilla				
Neumococo				

Biológico	Fecha DD/MM/AAAA	Fabricante y Lote	Validez	Firma Vacunador
DPTa Celular	16-12-2010	16-12-2010	16-12-2010	16-12-2010
Fiebre Tifoidea	16-12-2010	16-12-2010	16-12-2010	16-12-2010
AHW Influenza	19 AGO 2011	19 AGO 2011	19 AGO 2011	19 AGO 2011

 Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal			001
2. Concepto 02 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14415764758	
		 (415)7707212483964(8020)0000014415764758	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 3 0 5 8 6 5 8 7 - 6		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3	
26. Número de identificación: 1 0 3 0 5 8 6 5 8 7		27. Fecha expedición: 2 0 0 9 0 2 0 3	
28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.	
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		31. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
32. Segundo apellido MONTALVO		33. Primer nombre MAYRA	
34. Otros nombres LIZETH		35. Razon social:	
36. Nombre comercial:		37. Sigla:	
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
42. Dirección principal CR 78 42 G 60 SUR			
43. Correo electrónico: mayra01-27@hotmail.com		44. Código postal 4 0 3 0 1 9 7	
45. Teléfono 1:		46. Teléfono 2: 3 2 2 8 5 7 0 4 9 2	
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
47. Código: 7 4 9 0		48. Fecha inicio actividad: 2 0 0 8 1 2 0 1	
49. Código: 1 2		50. Fecha inicio actividad: 1 2	
51. Código: 1 2		52. Número establecimientos: 1 2	
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 1 2			
12- Ventas régimen simplificado			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código:		55. Forma	
56. Tipo		57. Servicio	
58. Modo		59. CPC	
60. CPC		61. 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 ☐		60. No. de Folios:	
61. Fecha:		62. Fecha:	
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.		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.	
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013		Firma autorizada:	
Firma del solicitante:		984. Nombre	
985. Cargo:		986. Cargo:	

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 - ecografiascolorcontreras@hotmail.com
Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaría Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante:	Policía Nacional.			
Fecha	Mayo 22/2017	Cargo:	Auxiliar de Enfermería.	
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico	Retiro	Trabajo en alturas

Trabajador

Apellidos	León Montalvo	Nombres	Mayra Lizeth
ID:	1030.586.587	Tel:	
Profesión:	Auxiliar de Enfermería	Sexo	F.
		Edad	26
		Diestro	SI
		Zurdo	

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional	SI	Audiometría		Optometría	
Radiografía		Electrocardiograma		Espirometría	
Glicemia		Colesterol		Triglicéridos	
Otros					

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones		Puede continuar su labor	
Apto con restricciones que no limitan su labor	SI	Puede continuar con reubicación laboral	
Apto para el cargo		Examen de retiro satisfactorio	
Aplazado por restricciones		Examen de retiro con patología	
Apto para trabajo en alturas.	No	No apto	

Restricciones médicas ocupacionales

usa anteojos por astigmatismo.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal	SI	Valoración por:	
Hacer pausas activas.	SI	Reubicación laboral temporal.	
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio.	SI	Rehabilitación ocupacional.	
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica		Realización de pruebas complementarias	
Otras			

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

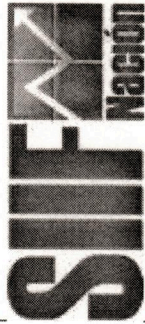
Dr. Gustavo Contreras Salamanca
Médico Cirujano - U. NAL.
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. N° 15006/2015 S.D.S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

v 1-2.017

MAYRA LEON 1030586587

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.



Reporte Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal - Comprobante

Usuario Solicitante: MHDpbmud
Unidad ó Subunidad: 16-01-02-039
Ejecutora Solicitante: DISAN SECCIONAL SANIDAD BOGOTA
Fecha y Hora Sistema: 2018-03-23-10:09 a. m.

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
Numero.:	76718	Fecha Registro:	2018-03-22	Unidad / Subunidad Ejecutora:	16-01-02-039 DISAN SECCIONAL SANIDAD BOGOTA
Estado.:	Generado	Valor Inicial:	4.560.540,00	Valor Total Operaciones:	0,00 Valor Actual: 4.560.540,00
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO					
DEPENDENCIA		POSICION CATALOGO DE GASTO		FECHA OPERACION	
Q39B SERVICIOS DE PERSONAL SEBOG		A-2-0-4-41-2 SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS		VALOR INICIAL	VALOR OPERACION
				VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
				4.560.540,00	0,00
				Total:	4.560.540,00

Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

TE YERSON VIVEROS MUÑOZ
ANALISTA DE CONTRATOS

CT. YERSON VIVEROS MUÑOZ
JEFE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO SECCIONAL
SANIDAD BOGOTÁ-CUNDINAMARCA (E)

Firma Responsable

76718-



Nit: 900336524

NO SE ENCONTRO PARAMETRO: 233

SECCIONAL SANIDAD BOGOTÁ

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 764

EL JEFE DE: NO SE ENCONTRO PARAMETRO: 222

CERTIFICA:

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE *** \$4,560,540.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: CD 048/18 AUX DE EN

Estado: **GRABADO - ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO**

Area Solicitante: SERVICIOS DE PERSONAL SECSA MEBOG

Nombre Solicitante: GRUPO ASISTENCIAL SECSA BOTA

Fecha Solicitud: 23/03/2018

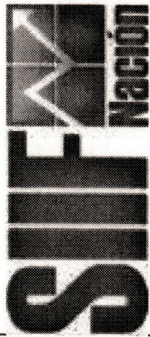
Observaciones:

Proyecto:

AREA	IMPUTACION PRESUPUESTAL							DESCRIPCION	VIGENCIA	VALOR	
	Tpo	Cia	Cta	Scta	Obg	Ord	SorAux				Recu
1723300	1	0	222	044	10	2		16	SERVICIOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS	2018	\$4,560,540.00
MEBOG											
TOTAL											\$4,560,540.00

Expedido a los 23 días del mes de Marzo de 2018 en la ciudad de BOGOTÁ


TE-LEIDY ANGELICA BENITEZ ROJAS
JEFE PRESUPUESTO SECSA BOGOTA DECUN



Certificado de Disponibilidad Presupuestal - Comprobante.

Usuario Solicitante: M-Hnamatir MARIBEL MARTINEZ RODRIGUEZ
Unidad ó Subunidad: 16-01-02-039 DISAN SECCIONAL SANIDAD BOGOTA
Ejecutora Solicitante:
Fecha y Hora Sistema: 2018-03-23-5:11 p. m.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Número:	76218	Fecha Registro:	2018-03-23	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-039 DISAN SECCIONAL SANIDAD BOGOTA
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado	Tipo:	Gasto
Valor Inicial:	4.560.540,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual.:	4.560.540,00
				Saldo x Comprometer:	4.560.540,00
				Uso Caja Menor	Ninguno
				Vr. Bloqueado	0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Número:	76718	Fecha Registro:	2018-03-22	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	
---------	-------	-----------------	------------	---------	--	----------------------------	--	-------------------	--

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
039B SERVICIOS DE PERSONAL SEBOG	A-2-0-4-41-2 SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS	Nación	16	SSF						
Total:						4.560.540,00	0,00	4.560.540,00	4.560.540,00	0,00

Objeto:	CD 48/2018 AUX DE ENFERMERIA 4 MESES 44 HORAS INIC 27/03/2018. CPC 174.
---------	---

JEFE PRESUPUESTO SECS BOGOTÁ DECUN

FECHA: 05-03-18		Nro. _____
PARA: _____		
DE: _____		
URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____	
PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____	
FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____	
INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____	
ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____	
OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____	
OBSERVACIONES: DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL		
PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES Y SEGÚN NECESIDADES		
DEL SERVICIO AUTORIZADO PARA CONTRATAR		
AL PROFESIONAL: Mayra Lizeth Leon Montalvo		
Aux de Enfermería- Epidemiología		
Contrafos		
FIRMA: 		
RECIBIDO: _____		
FECHA: _____		
HORA: _____		

FECHA: _____		Nro. _____
PARA: _____		
DE: _____		
URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____	
PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____	
FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____	
INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____	
ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____	
OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____	
OBSERVACIONES: _____		

FIRMA: _____		
RECIBIDO: _____		
FECHA: _____		
HORA: _____		

FECHA: _____		Nro. _____
PARA: _____		
DE: _____		
URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____	
PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____	
FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____	
INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____	
ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____	
OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____	
OBSERVACIONES: _____		

FIRMA: _____		
RECIBIDO: _____		
FECHA: _____		
HORA: _____		

FECHA: _____		Nro. _____
PARA: _____		
DE: _____		
URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____	
PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____	
FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____	
INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____	
ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____	
OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____	
OBSERVACIONES: _____		

FIRMA: _____		
RECIBIDO: _____		
FECHA: _____		
HORA: _____		