

General Information

Company Logo



Legal Name Lady Lorena Hernandez Lopez

Commercial Name Lady Lorena Hernandez Lopez

Date of Incorporation 10 days ago (11/16/2017 9:36 AM UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)

Country of Origin COLOMBIA

Tax Id 1013634977

Company Type Persona Natural colombiana

Main Business Category

Time Zone

Default Language

Default Currency



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 EN TIEMPO DEL EMPLEO LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 29-nov-2017

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERNANDEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LOPEZ	NOMBRES LADY LORENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1013634977	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES AGO AÑO 1992 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CLL 34 #140 PAÍS COLOMBIA DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO SOACHA TELÉFONO 7208003 EMAIL ohb29@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES DIC AÑO 2009	

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X	técnico auxiliar de enfermería	11 2011	1013634977

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés	X			X			X		



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: 29-nov-2017

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
SUB-RED CENTRO ORIENTE E.S.E	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	atencionusuario@subredcentroorientegov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 1 MES 9 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
auxiliar d enfermeria	uci	cra14 # 1-45 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
32828282	DÍA 10 MES 10 AÑO 2013		DÍA 31 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	UCI ADULTOS	CRA 14B # 1-45 SUR	

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	4	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 50. DE LA LEY 180/95).



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

Última Actualización: 29-nov-2017

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá D.C 29-11-17

Gorena H.

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1013634977 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Cundinamarca

Municipio SOACHA

Dirección CLL 34 #1a40

Teléfonos 3105556607 7208003

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SANDRA EDITH LOPEZ SALGUERO	39656709	MADRE
OSCAR HERNANDEZ BENAVIDEZ	79455278	PADRE

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	\$ 14.400.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 9.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BOGOTA	AHORROS	102-64429-1	AVENIDA 1° MAYO	\$ 0,00
BOGOTA	AHORROS	102-64429-1	AVENIDA 1° MAYO	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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

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



**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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DIGITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



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 ☐ N ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
	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 ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES

FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Gorena H
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA 27-11-17
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Francisco de Paula Santander

Institución Educativa Distrital

Jornada Mañana

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C., según
Resolución No. 2360 del 14 de Agosto de 2002.*

Confiere a:

Lady Lorena Hernández López

N.T.P. N°. 92.081.354.830 de Bogotá

El Título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994
según los planes y programas vigentes.*



Julio César Pérez Riego

Rector

*Libro de Registro N° 1
Acta N° 013*

María de los Angeles Ballén

Secretaria

*Orden N° 456
Folio N° 019*

*No se requiere registro, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1.994 expedido por
el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de Diciembre de 1.995 de la
Presidencia de la República*

Dado en Bogotá, a 03 de Diciembre de 2009



Resolución 0011 Feb. 3 de 2005
Resolución 255 Ene. 20 de 2010

República de Colombia

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009

Emanadas de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño.

Acuerdos No. 056 de 5 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de Mayo de 2009, emanados del Ministerio de Protección Social

Confiere

El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como
Técnico Laboral

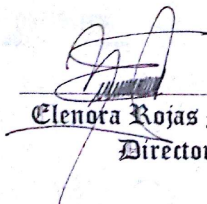
A:

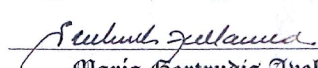
Lady Lorena Hernandez Lopez

C.C. 1.013.634.977 de BOGOTÁ

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Duración del Programa: 1860 Horas


Elenora Rojas Morales
Directora


Maria Gertrudis Abellaneda
Secretaria Académica

Dado en Bogotá, D.C. a los 28 días del mes de NOVIEMBRE de 2011
Registro folio No. 58.1.8..... del Libro de Certificados No.4.....



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSCRIPCIÓN SED N° 6813
DANE 11100114633



“FRANCISCO DE PAULA SANTANDER”

Institución Educativa Distrital

Jornada Mañana

SEDE “A” Calle 23 sur # 28 – 47

Teléfono 2026684

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los tres (03) días del mes de diciembre del año 2009 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO “FRANCISCO DE PAULA SANTANDER” Institución Educativa Distrital, Jornada Mañana, Institución aprobada oficialmente y autorizada para otorgar Título de Bachiller en la Modalidad Académica, por Resolución de Unificación 2360 del 14 de Agosto de 2002, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cumaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el:

TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres y apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

HERNANDEZ LOPEZ LADY LORENA

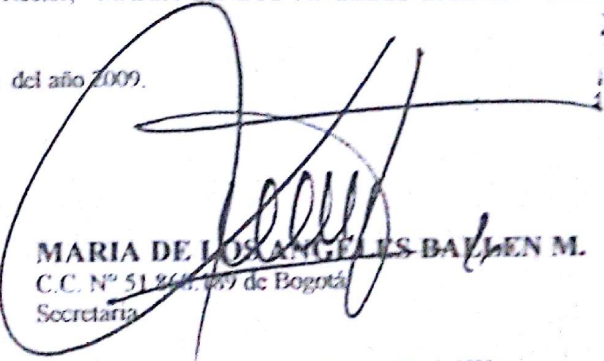
Identificado (a) con Documento No. 92081354830 Bogotá

Es fiel copia del Acta General 013 Folio 049 Libro 1 del 03 de diciembre de 2009 que consta de ochenta y tres (83) Alumnos, que comienza con el nombre de: ABRIL AMAYA ANDREA PAOLA y se cierra con el nombre de: YACUE AMAYA ANGIE KATHERIN.

Firmado y sellado por JULIO CESAR PEREZ ROZO Rector, MARIA DE LOS ANGELES BAILEN MARTINEZ Secretaria.

Dada en Bogotá, D.C., a los 03 días del mes de diciembre del año 2009.


JULIO CÉSAR PÉREZ ROZO
C.C. N° 19.349.192 de Bogotá
Rector


MARIA DE LOS ANGELES BAILEN M.
C.C. N° 51.868.889 de Bogotá
Secretaria

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7 del Decreto 180 de 1981.
No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto N° 921 del 6 de Mayo de 1994
No se requiere autenticación de firmas. Decreto N° 1024 del 15 de Abril de 1982





República de Colombia
Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
Secretaría de Educación



"Colegio Francisco de Paula Santander"

Institución Educativa Distrital
Jornada Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación del Distrito, según Resolución 2360 del 14 de Agosto de 2002

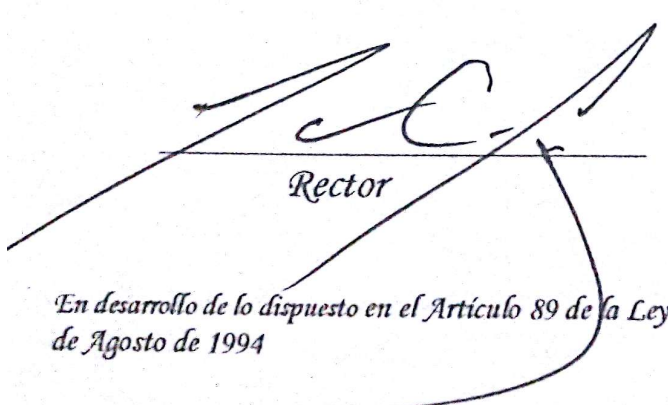
Confiere a:

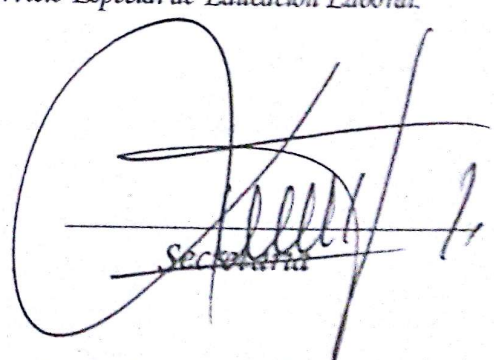
HERNANDEZ LOPEZ LADY LORENA

Documento No.92081354830

Certificado de Estudios de Bachillerato Básico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria,
que lo habilita para ingresar a la Educación Media o al Servicio Especial de Educación Laboral.


Rector


Secretaria

En desarrollo de lo dispuesto en el Artículo 89 de la Ley 115 de 1994 y en el Artículo 11, numeral 1 del Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994

Dado en Bogotá D.C., a los 14 días de Diciembre de 2007



INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009 de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño. Acuerdos No. 056 de 05 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de Mayo de 2009, emanados del Ministerio de Protección Social.

Acta Individual de Certificación de Técnico Laboral

REGISTRO 58 FOLIO 8 LIBRO 04

En la Ciudad de Bogotá a los 16 días del mes de Noviembre del año 2011, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de **TÉCNICO LABORAL**, con una duración de 1860 (horas) quien cursó y culminó satisfactoriamente el Programa de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ
C.C. 1.013.634.977 de BOGOTÁ

Es fiel copia del Acta Original General N° 40 de fecha 16 de Noviembre de 2011, que consta de 115 alumnos que comienzan con el nombre de **YASMIN ACERO CASTELLANOS** y se cierra con el nombre de **EGNA MILADY ZUÑIGA MUÑOZ** firmado por:

ELENORA ROJAS MORALES
DIRECTORA

C.C. No. 65.738.207 de Ibagué

MARIA GERTRUDIS AVELLANEDA
SECRETARIA GENERAL

C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los 28 días del mes de Noviembre de 2011



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010.
Emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Que: Lady Lorena Hernandez Lopez

Asistió al curso Básico de
PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de 20 horas



Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cicua Ramírez
Directora Académica

PIOTRINA RODRIGUEZ
Instructor Socorrista

Dado En Bogotá, D.C. a los 18 Días Del mes De Febrero De 2012



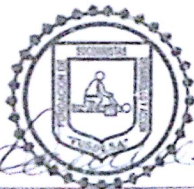
La República de Colombia
y en su nombre
FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010.
Emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Que: Lady Lorena Hernández Lopez

Asistió al curso Básico de
INYECTOLOGIA
Con una intensidad de 20 horas



Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cueva Ramírez
Directora Académica

[Signature]
Docente

Dado En Bogotá, D.C. a los 21 Días Del mes De Abril De 2012



La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

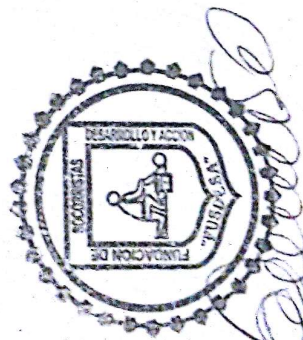
Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 15 de Marzo de 2010,
Emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Lady Lorena Hernandez Lopez

Que:

Asistió al curso Básico de
LABORATORIO CLINICO
Con una intensidad de 20 horas



Roberto Galindo González
Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Kelly O. Moreno
Dra. Kelly O. Moreno
Bacterióloga

Lisa Janeth Cigua Ramirez
Dra. Lisa Janeth Cigua Ramirez
Directora Académica

... 10 de Mayo de 2012



ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330-22 de abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

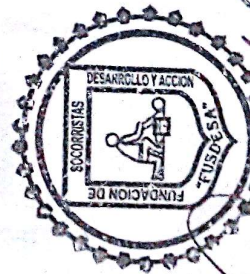
Certifica:

Que: Lady Lorena Hernandez Lopez

Asistió al curso de avances en

Plan Amplio de Inmunización

Con una intensidad de 40 horas



Roberto Galindo González
Presidente

María Janeth Cueva Ramírez

Directora Académica

Faby Hernández B.
TECNICIA EN ENFERMERIA

Docente

Dado En Bogotá D.C. a los 21 Días Del mes De Abril De 2012



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010.
Emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Que: Lady Lorena Hernandez Lopez

Asistió al curso Básico de

TERAPIA RESPIRATORIA

Con una intensidad de 20 horas



Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Ysa Janeth Cueva Ramirez
Directora Académica



Terapeuta Respiratoria

Dado En Bogotá, D.C. a los 17 Días Del mes De Marzo De 2012

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ

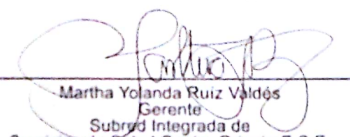
C.C.: 1013634977

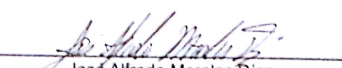
Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


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


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
S.A. U.D.
Hospital Centro Oriente
P.O. Box 10000, Bogotá, D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1
			Versión: 02
			Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C.

Señores

Instituto

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo lady Lorena Hernandez Lopez, 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 - UNIDAD CENTRO ORIENTE, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Tecnico Auxiliar de enfermería

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

Lorena H

No. de documento:

1013634977

Tarjeta profesional No.:

1013634977

Dirección de contacto:

c/ 34 # 1a-40

Teléfono:

3105556607

Diagonal 34 5-43
Código Postal 11031174
Teléfono: 3444484
NIT: 830077644-5
www.esecentroorientegov.co
subcentroorientegov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.634.977**
HERNANDEZ LOPEZ

APELLIDOS
LADY LORENA

NOMBRES

LORENA HERNANDEZ

FIRMA



INDICE DERECHO

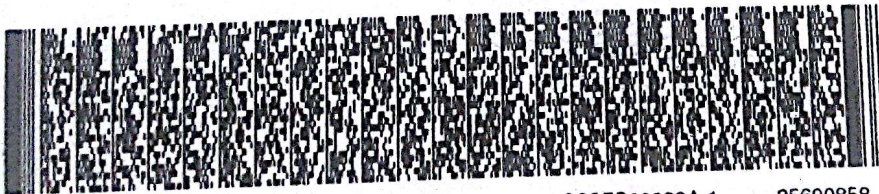
FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-1992**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-SEP-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00268591-F-1013634977-20101201

0025063288A 1

35690858

2. Concepto **02** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14385988793



(415)7707212489984(8020) 000001438598879 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 3 6 3 4 9 7 7

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión Ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación:

1 0 1 3 6 3 4 9 7 7

27. Fecha expedición:

2 0 1 0 0 9 1 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

HERNANDEZ

32. Segundo apellido

LOPEZ

33. Primer nombre

LADY

34. Otros nombres

LORENA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Cundinamarca

40. Ciudad/Municipio:

Soacha

7 5 4

41. Dirección principal

CL 34 1 A 40 IN 1 CA 372 BRR SAN MATEO

42. Correo electrónico:

ohb29@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 0 5 5 5 6 6 0 7

45. Teléfono 2:

7 2 0 8 0 0 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

Ocupación

52. Número establecimientos

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 1 1 3 0

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

51. Código

3 2 2 3

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:	2	0																							

20- Obtención NIT

Obligados 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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 6 1 1 2 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

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

984. Nombre HERNANDEZ LOPEZ LADY LORENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

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

Fecha: 22-11-2016
Hora: 8:35:55 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1013634977-1 LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ

Información General

Dirección CL 34 1A 40 IN 1 CA 372 BRR SAN MATEO

Teléfonos 3105556607-7208003

Dirección electrónica ohb29@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2015

Soporte Inscripción 17449392

Fecha Inicio Actividades 30/11/2011

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001383038



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

LADY LORENA
HERNANDEZ LOPEZ

C.C. 1013634977

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 10/01/2012



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 13621 de 29/12/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1375 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) HERNANDEZ LOPEZ LADY LORENA identificado(a) con CC número 1013634977 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 28/11/2011.

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 HERNANDEZ LOPEZ LADY LORENA identificado(a) con CC número 1013634977 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.

NOTIFIQUESE, Y COMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 29/12/2011

CONSUELO PEÑA APONTE
Directora de Desarrollo de Servicios (E).
Revisó: Mariana Pineda C.
Firmado: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 10-01-12
A la fecha notifique personalmente al
señor (a) LADY LORENA HERNANDEZ
CC. # 1013634977
Firma LORENA HERNANDEZ

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1013634977

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Ledy Jorana

Apellidos:

Hernandez Lopez

Documento

de identidad:

C.C.

T.I.

Paseporte

No.

1013634777

Fecha de

Nacimiento:

Día

13

Mes

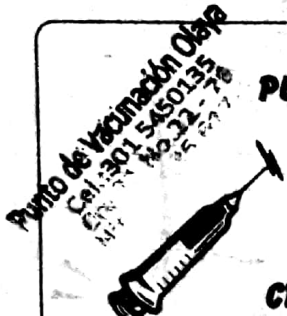
08

Año

1992

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra				
Fiebre				
Amarilla				
Contra		<i>23 JUN. 2015</i>	<i>DA 7062-1. 01/16.</i>	
Influenza				
Virus de				
Papiloma				
Humano				



PUNTO DE VACUNACION

OLAYA

NIT. 1072298

CR. Punto de Vacunación Olaya
 Cel.: 301 5450135
 Fax: 20.286.617-4
 Nit. 20.286.617-4

CARNET DE VACUNACION



Nombre	Lorena Hernandez
Dirección	
Teléfono	
H.C.	TJ 920813-54830
Entidad Vacunadora	

HEPATITIS B HEPAVAX-GENE	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1a.	01/19/10	206112	
	2a.	02/20/10	206112	
	3a.	03/29/10	206112	

TETANOS DIFTERIA (DIF-Tet-AII)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1a.	02/17/10	EU 4080810	
		13/06/10	EU 4080810	
		5 Septiembre 17/10	02/17/10	

INFLUENZA GRIPE	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1	27 MAY 10	10603612	RUIO

VARICELA VARICELA VACCINE GCVC	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1			

NEUMOCOCO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 11958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud

2016/11/12 - 09:17:38

Rit: 830.016 894-4

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 12 11 2016

EXAMEN
☒ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRES: LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ C.C. 1.013.634.977 EDAD 24 SEXO ☒ M ☐ F

EMPRESA: HOSPITAL SANTA CLARA CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA Tel.: Cel.: 3105556607

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Valoración Médica Laboral	NORMAL	ANORMAL
Espirometría	☒	☐
Audiometría	☐	☒
Visiometría	☐	☒
Optometría	☐	☒
Electrocardiograma	☐	☒
Psicología Laboral	☐	☒
Radiología	☐	☒
Túnel/Carpo	☐	☒
Columna	☐	☒
Tórax	☐	☒

	NORMAL	ANORMAL
Respiratorio	☒	☐
Dermatología	☒	☐
Osteomuscular	☒	☐
Cardiovascular	☒	☐
Vacunas	☒	☐
Prueba de Equilibrio	☒	☐
Otros	☒	☐

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático IVG	NORMAL	ANORMAL
Glicemia	☒	☐
Colesterol	☒	☐
Triglicéridos	☒	☐

	NORMAL	ANORMAL
Serología	☒	☐
Parcial de Orina	☒	☐
RH - Grupo Sanguíneo	☒	☐
Varios	☒	☐

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) ☒ Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

Apto para el cargo sin restricciones ☒ SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐ SI ☐ NO ☐
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo ☐ SI ☐ NO ☐ No apto para este cargo ☐ SI ☐ NO ☐
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel ☐ SI ☐ NO ☐

Examen PERIODICO satisfactorio SI ☒ NO ☐ Examen de EGRESO satisfactorio SI ☒ NO ☐

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural ☒	7. Uso de Doble Protección Auditiva ☐	13. Evitar Posturas Prolongadas ☒
2. Pausas Activas ☒	8. Control Optométrico Periódico ☐	14. Uso de Medias de Compresión Graduado ☐
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo ☒	9. Uso de Lentes permanentes ☐	15. Valoración y Manejo en IPS ☐
4. Uso de Elementos de Protección Personal ☒	10. Uso de Lentes Visión de Cerca ☐	16. Dieta - Ejercicio Físico ☐
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral ☐	11. Control de Tensión Arterial ☐	
6. Control Audiométrico ☐	12. Estilos de Vida Saludable ☒	

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen médico, paraclínicos y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud Ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados. Me aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior, y que estoy en capacidad de prestar mi libre consentimiento.

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Néstor Rodríguez
Médico Especialista en Salud Ocupacional U.N.
R.M.

Firma Trabajador: Lorena H.
C.C. No. 101634977

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937

umedltda@gmail.com - info@umedips.com
www.umedips.com

Inscripción Aspirante a Programa de Formación



senasofia@senavirtual.edu...



para mí

17:03 Ver detalles

Señor(a): LADY LORENA HERNANDEZ

El Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, le informa que usted se ha inscrito satisfactoriamente en el programa: SOPORTE VITAL BASICO correspondiente a la Ficha de Caracterización: 1582547.

El sistema enviará una notificación a su correo electrónico informándole si fue o no seleccionado para iniciar el proceso de Matrícula.

Agradecemos su interés en formarse en nuestra entidad.

 SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 01 FECHA: 2016-12-21
--	--	---	--	--

DO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	29-11-17	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
Distinguido Cliente. Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESF, como entidad somenda al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)											
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL														
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE								
Hernandez		lopez		lady		lopez								
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)			FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)						
CC	☒	CE	☐	R.C.	☐	NUIP	☐	1013634917		BOGOTÁ				
PASAPORTE	☐	OTRO	☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA?			SI	☒	NO	☐		
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:								
13-08-1912		BOGOTÁ		Colombia		Colombiana								
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR						
SOLTERO(A)	☒	CASADO	☐	DIVORCADO(A)	☐	CON LIBRE	☐	0		3105556607				
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA											PROFESION / OFICIO			
MAGISTER	☐	POSGRADO	☐	UNIVERSITARIO TECNICO	☐	BACHILLER OTRO	☐	PRIMARIA	☐	TECNICO	☒	CUAL:		Auxiliar de enfermería

DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA		
Cll 34 # 1a - 40 c=372		BOGOTÁ		SOACHA		Colombia		7208003		
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA						
ohb29@hotmail.com				PROPIA		☐	FAMILIAR	☒	ARRENDADA	☐
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX		

2. DATOS DEL CONYUGE													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)			FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)					
CC	☐	CE	☐	R.C.	☐	NUIP	☐						
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:				ES RESIDENTE EN COLOMBIA:		SI	☐	NO	☒
								NACIONALIDAD					

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:																	
ASALARIADO		☐	ESTUDIANTE		☐	HOGAR		☐	PENSIONADO		☐	CUAL:					
SOCIO		☐	CONTRATISTA		☒	COMERCIANTE		☐	EMPLEADO PUBLICO		☐						
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		☐	EMPLEADO SOCIO		☐	OTRA		☐									
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI	☐	IVA	SI	☐	NO	☒	CODIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA		8892				
				NO	☒	ICA	SI	☐	NO	☒	PRINCIPAL		☒	SECUNDARIA		☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI	☐	NO	☒	AGENTE RETENEDOR		SI	☐	NO	☒	AGENTE AUTORITENEDOR		SI	☐	NO	☒



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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE -
NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 01
PERSONA: FECHA: 2016-12-21

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA					
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de servicios de salud centro					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	VICIOS ☐	LUD ☒	# NET 9004590517		
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	NOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	EDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUA ☒						
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS			
Cra 14b #1-45 sur	3282828	BOGOTA	CONDICIONANCA	Colombia			
CARGO ACTUAL	Auxiliar de enfermeria		FECHA VINCULACION	10-11-13			

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1.490.000	ARRIENDOS	200.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	600.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1.490.000	TOTAL EGRESOS	1.400.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Leon	PANOS	nubia	Mercedes
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cra 37 #57-53 sur	BOGOTA	Amiga	3123899804

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
banco bogota	Cuenta Ahorros	102-64479-1	Av 1	3282828

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: ☐

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción"

1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)

Apoyo a la Gestion como 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 se destinarán a actividades lícitas
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración una vez tenga conocimiento de la misma
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule(n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE



9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o 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 prestación 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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las 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 derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención 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 elaboración 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 Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.



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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE -
NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
PERSONA: 01
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-12-21

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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail: sarlaft@subredcentroorientegov.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. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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 desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACTUALIZACIÓN 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

Lorena H

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

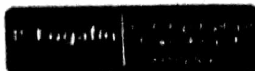
X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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:		

Banco de Bogotá



Extracto Cuenta Ahorros

Para el Cliente: **HERNANDEZ LOPEZ, LADY LORENA**

Comprar lo que quieres sin importar el valor,
otro motivo para querer tu Tarjeta Débito.



HERNANDEZ LOPEZ, LADY LORENA
CL 34 1A 40 SUR
SAN MATEO
BOGOTÁ, BOGOTÁ D.C.
Entrega UN Oficina: 0102 Avenida Primera
010004

FECHA EXTRAÑO
Desde: Julio 01
Cuenta Número:
Tipo de Cuenta:
Cód. Origen:
BOGOTÁ

Julio - Septiembre 2017
Hasta: Septiembre 30
102844291
Cuentas Privadas
0102



Resumen de la Información

Saldo Inicial:	4,109.00
Total 000003 Abonos	4,543,435.00
Total 000016 Cargos	4,511,500.00
Total IVA	0.00
Total 4x1000 GMP	-18,046.00
Total Retención:	0.00
Total Intereses	46.00
Saldo Final:	18,044.00

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor	Saldo
07/07	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s NIS000690517	Bogotá	Servic. Electro	000000	1,481,599.00	1,481,599.00
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2346 de Bogota C MAYOR 3 realizado el 10/07/2017 Tarj # 491511*****3250	Bogotá	Canal Electro	004382	-600,000.00	881,599.00
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2346 de Bogota C MAYOR 3 realizado el 10/07/2017 Tarj # 491511*****3250	Bogotá	Canal Electro	004384	-600,000.00	281,599.00
10/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogotá	Av Primera		4,800.00	286,399.00
18/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 18/07/2017 Tarj # 491511*****3250	Bogotá	Canal Electro	000867	-20,000.00	266,399.00
18/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogotá	Av Primera		-80.00	266,219.00
21/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B0842 Popular SAN JOSE realizado el 20/07/2017 Tarj # 491511*****3250	Bogotá	Canal Electro	006196	-100,000.00	166,219.00
21/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogotá	Av Primera		400.00	166,619.00
25/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 25/07/2017 Tarj # 491511*****3250	Bogotá	Canal Electro	004227	-150,000.00	16,619.00
25/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogotá	Av Primera		-600.00	16,019.00
31/07	GT01	Intereses ganados	Bogotá	Av Primera		23.00	16,042.00
09/08	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s NIS000690517	Bogotá	Servic. Electro	000000	1,580,237.00	1,596,279.00
10/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 09/08/2017 Tarj # 491511*****3250	Bogotá	Canal Electro	002326	-200,000.00	1,396,279.00
10/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 09/08/2017 Tarj # 491511*****3250	Bogotá	Canal Electro	002324	-600,000.00	796,279.00
10/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 09/08/2017 Tarj # 491511*****3250	Bogotá	Canal Electro	002322	-600,000.00	196,279.00
10/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogotá	Av Primera		5,600.00	201,879.00
14/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2708 de Bogota C MAYOR 1 realizado el 12/08/2017 Tarj # 491511*****3250	Bogotá	Canal Electro	004291	100,000.00	301,879.00
14/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogotá	Av Primera		-400.00	301,479.00
21/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2690 de Bogota F UNARE AA realizado el 24/08/2017 Tarj # 491511*****3250	Bogotá	Canal Electro	007930	-70,000.00	231,479.00
24/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogotá	Av Primera		-280.00	231,199.00
31/08	GT01	Intereses ganados	Bogotá	Av Primera		9.00	231,208.00
09/09	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s NIS000690517	Bogotá	Servic. Electro	000000	1,481,599.00	1,495,416.00

CC-091-2 (Junio/2004)

Notificar cualquier reparo a la Revisoría Fiscal KPMG Ltda., Apartado Aéreo No. 38700 Bogotá

Si usted desea conocer la tasa de interés que actualmente pagamos sobre sus depósitos ingrese a www.bancodebogota.com.co o visite alguna de nuestras oficinas

Valor pendiente por aplicar: 0.00

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor	Saldo
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B8943 Popular EDSC	Bogota	Canal Electro	006156	-50,000.00	1,445,416.00
		27 realizado el 09/09/2017 Tarj # 491511*****3250					
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2669 de Bogota		Canal Electro	001746	-200,000.00	1,245,416.00
		PAGOSCCM realizado el 10/09/2017 Tarj # 491511*****3250					
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2669 de Bogota		Canal Electro	001744	-600,000.00	645,416.00
		PAGOSCCM realizado el 10/09/2017 Tarj # 491511*****3250					
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2669 de Bogota		Canal Electro	001742	-600,000.00	45,416.00
		PAGOSCCM realizado el 10/09/2017 Tarj # 491511*****3250					
11/09	GT09	Gravamen Movimientos Financieros		Av Primera		-5,800.00	39,616.00
12/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota		Canal Electro	006174	-20,000.00	19,616.00
		HOSPSTCL realizado el 12/09/2017 Tarj # 491511*****3250					
12/09	0212	Comision por transaccion errada por causa del cliente en cajero Banco Bogota		Canal Electro	006172	-1,500.00	18,116.00
12/09	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-86.00	18,030.00
30/09	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		14.00	18,044.00
----- FIN MOVIMIENTOS -----							



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.013.634.977, se encuentra Activo en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170718	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
SANDRA EDITH LOPEZ SALGUERO	PA	39656709	CC	20170718	0	Activo	8

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Noviembre de 2.017

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: YURI PAOLA CASTRO

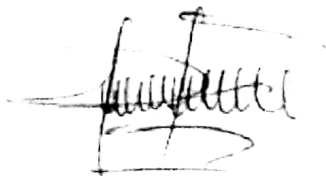
CER-AFI 8766420



RADICADO 123456**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES****CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1013634977**, se encuentra afiliado (a) desde **09/03/2012** 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 14 de noviembre de 2017.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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.

8.4
8.2

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-ET-024
VERSIÓN: 01

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013634977

Numero de Documento

Seguros bobliuar

ARL

Jady

Primer Nombre

lorend

Segundo Nombre

Hernandez

Primer Apellido

lopez

Segundo Apellido

13- Agosto-1992

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

c/ 34 # 1A 40 casa 372

Dirección de Residencia

7208003

teléfono fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

colpensiones

A/P - Pensiones

1.494.000

Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Objeto Contractual (Cargo)

10 - ENERO - 2018

Fecha Inicio del Contrato

ohb29@hotmail.com

Correo Electrónico

3105556607

Celular

lorend H.

Firma del Afiliado

Tatiana P. Gaviljo Q.
C.C. No 22432204 Bva
Enfermera

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

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

SEGUROS
BOLÍVAR



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COSEGURO	FECHA DE RETIRO	TIPO CONTRATANTE	ESTADO
CC	107354571	LACAY LORENA HERNANDEZ LOPEZ	RAFAEL URIBE-OLDE ADMINISTRATIVA	1	0.02%	12/10/2017		NO CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS MAYOR A 1 MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 17 de Noviembre del año 2017

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 101629212



WEB

00:33:50

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 de noviembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilitaciones (SIRI), el(la) señor(a) LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013634977:

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 inhabilitaciones 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 inhabilitaciones generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilitaciones 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 o ejerzan el ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos establecidos por 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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

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 sábado 11 de noviembre de 2017, a las 0:36:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.013.634.977
Código de Verificación	10139960882017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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



SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 518 7000



Bogotá D.C., 11 de Noviembre de 2017 - 0:45 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) **LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE** de BOGOTÁ, D.C.

1013634977

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 figuren 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.

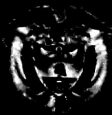
Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de 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.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_THTJC_450**
Link de verificación → <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Síguenos en >    

Inicio

Institución

Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/11/2017 a las 00:48:47 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 1013634977 y
Nombres: HERNANDEZ LOPEZ LADY LORENA

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.

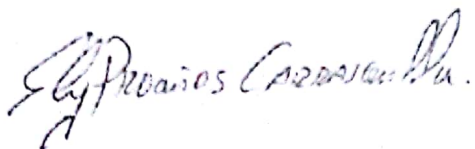
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que HERNANDEZ LOPEZ LADY LORENA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.013.634.977 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102644291, abierta/o desde el 08/11/2013.

Se expide en Bogotá el día 27 del mes de Noviembre del año 2017



Firma Autorizada

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