



Colombia Compra Eficiente

Buscar por proceso

Menú

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Luisa Fernanda Gutierrez Lozano.

Luisa Fernanda Gutierrez Lozano con el NIT 1013623483 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

Usuario: Luisalozano_11
Clave: Michael13



**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**
NIT: 860.035.827-5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que **LUISA FERNANDA GUTIERREZ LOZ** identificado con el documento No. **1013623483**
posee en la oficina **PARQUE NACIONAL** (**004**) una cuenta de ahorros
No. **004-93778-0** desde el **26 de Marzo de 2012**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los **23** días del mes de **marzo del 2018**

Atentamente,

Gerente Oficina Bogota Restrepo Cra



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUISA FERNANDA GUTIERREZ LOZANO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,013,623,483**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Marzo de 2018.

Gerente de Clientes


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.


SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN
LUISA FERNANDA
GUTIERREZ LOZANO
C.C. 1013623483
AUXILIAR EN ENFERMERIA
Expedición 06/07/2011


COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA
ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:03:55 horas del 25/03/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013623483**

Apellidos y Nombres: **GUTIERREZ LOZANO LUISA FERNANDA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 243 de la Constitución Política de Colombia

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.

[Volver al Inicio](#)

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1013623483

Primer Nombre *

LUISA

Primer Apellido *

GUTIERREZ

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1013023483	LUISA	FERNANDA	GUTIERREZ	LOZANO	Ver

Información Detallada [CC: 1013623483] LUISA FERNANDA GUTIERREZ LOZANO

Información Académica

Tipo Programa Origen Obtención Título Profesión u Ocupación Fecha desde que puede ejercer Entidad Reportadora

AUX Local Auxiliar de enfermería 2011/3/24 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).

	DOSES	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B HISTORIAL GENE	1a	2008	R-555	
	2a	2008	2010-05	
	3a	2008	2010-05	

	DOSES	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS A ENFAL	1a			

	DOSES	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
TRIPLE VIRAL MORUM	1a			

	DOSES	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
INFLUENZA ACRINAL 11	1			

	DOSES	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
OTRAS				
Polio	1			
	2			
	3			
	4			

	DOSES	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA MORUM 12	1			

CARNET DE VACUNACIÓN



Nombre	Linda Ericka Z
Dirección	
Teléfono	
H.C.	1013623483
Entidad Vacunadora	

Compañía de
BIOTOSCANA S.A.
SE ANGEL PROTECTOR EN SALUD



CE-006 - 0000000100 - 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1013623483
NOMBRES Y APELLIDOS	Gutierrez Lozano,Luisa Fernanda
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De Prestación
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	28/10/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1028785353
NOMBRES Y APELLIDOS	Hernandez Gutierrez,Danna Valentina
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	28/10/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gutierrez Lozano,Luisa Fernanda, a los 25 días del mes de marzo del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yiseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.623.483**
GUTIERREZ LOZANO

APELLIDOS
LUISA FERNANDA

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAY-1991**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

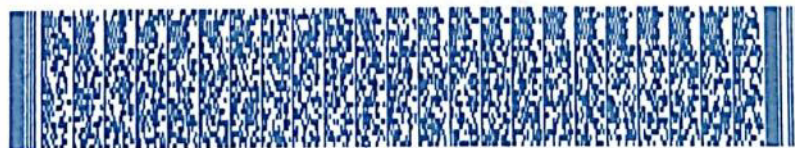
1.65
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

15-JUL-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00166008-F-1013623483-20090803

0014380696A 1

29165901

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 domingo 25 de marzo de 2018, a las 17:58:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013623483
Código de Verificación	1013623483180325175850

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

Digitó y Revisó: WEB



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1



**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

Fecha: 09-12-2014

Hora: 4:13:26 PM

Página 1 de 1

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1013623483-6 LUISA FERNANDA GUTIERREZ LOZANO

Información

Dirección KR 42 69 I 10 SUR
Teléfonos 7311066-3155277924
Dirección electrónica lufe_@live.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 05/10/2012
Soporte Inscripción 14659218
Fecha Inicio Actividades 28/12/2010

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:



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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente ICA TE TOCA

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

103623483

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Lusa

Primer Nombre

Fernanda

Segundo Nombre

Gutierrez

Primer Apellido

Lozano

Segundo Apellido

19-05-1991

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota

Ciudad de Nacimiento

142#69710361

Dirección de Residencia

7311066

Teléfono Fijo

Santitas

EPS - Salud

AFP - Pensiones

\$ 1'500'000

Honorarios

Escriba su perfil tecnico o profesión

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

lufe-@live.com

Correo Electrónico

3155277924

Celular


Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



Bogotá D.C., 25 de Marzo de 2018 - 18:14 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUISA FERNANDA GUTIERREZ LOPEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES** de BOGOTÁ DC.

1013623483

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.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMIN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica (E)

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: **3_LKKZ_1318**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 107587392



WEB

18:00:33

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de marzo 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) LUISA FERNANDA GUTIERREZ LOZANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013623483:

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.

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

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, José Fernando Gallardo Jarama en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Auxiliar de Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento:

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Teléfono:

José
1013623983
1013623983
K 4241 GFT 105W
7311066



**EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION
CONTRA ACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL
URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA
REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA**

HACE CONSTAR:

Que el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO con NIT. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. suscribió en su momento el con LUISA FERNANDA GUTIERREZ LOZANO, C.C. No. 1.013.6232.483, Con cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

N° OPS	VIGENCIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
245	2013	01 de Marzo de 2013	31 de Agosto de 2013
1475	2013	12 de Septiembre de 2013	02 de Febrero de 2015
272	2015	03 de Febrero 2015	31 de Enero de 2016
499	2016	11 de Febrero de 2016	29 de Febrero de 2016
1021	2016	01 de Marzo de 2016	30 de Abril de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$ 8.737.771.00
\$25.050.000.00
\$17.049.590.00
\$ 984.770.00
\$ 3.320.334.00

PO



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRICTAL
Y EN SU NOMBRE EL

COLEGIO RODRIGO LARA BONILLA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

JORNADA NOCTURNA

INSTITUCIÓN OFICIAL AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D.C.,
SEGÚN RESOLUCIÓN No. 2852 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2002

CONFIERE A:

Luisa Fernanda Gutiérrez Lozano

C.C. No. 1813623483 de Bogotá D.C.

EL TÍTULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL
NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR


Jorge Benito Lagos Cardona

SECRETARIA


Mónica Cecilia Gómez Bellova



REGISTRO INTERNO

ACTA No. 26 FOLIO No. 32

NO REQUIERE SER REGISTRADO EN LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SEGÚN DECRETO No. 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994

DADO EN BOGOTÁ, D.C., A 5 DE Diciembre DE 2009.



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

LUISA FERNANDA GUTIERREZ LOZANO

C.C. 1.013.623.463 DE BOGOTÁ D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



[Firma]
M^{CS} YANETH CUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



[Firma]
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 17 Días del Mes de Diciembre de 2010
Anotado en el Folio 10376 Del libro 05 del Registro de FUSDESA

25/6/2016

25/6/2016

Certificado de Aptitud

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES

Prestador: 110010653704
Dirección: Cra 24 Nro 84 - 37
Teléfono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co
 SOA-FDSO-1 / REV 5 - JUL/14

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD
 LABORAL
 CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR**

**Información General**

Fecha Impresión: Bogota D.C. - 2016/06/25

Paciente: Luisa Fernanda Gutierrez Lozano	Origen: CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL CODESS
CC: 1013623483	Destino: CODESS SEGUROS BOLIVAR
Edad: 25 años	Cargo: AUXILIAR DE ATENCION INTEGRAL
Tipo Evaluación: EXAMEN INGRESO	Nro Ingreso: 331028 / BOGOTA - CHICO
Fecha Ingreso: 2016-06-25 10:33:01	Fecha Salida: 2016-06-25 13:11:30

Pruebas de Apoyo Diagnóstico**PARACLINICOS****LABORATORIO CLINICO****COMPLEMENTARIOS**

OPTOMETRIA

VACUNAS**Certificación de Aptitud**

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES
OBSERVACIONES:	USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE. OPTOMETRIA ANUAL.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SIN RESTRICCIONES OSTEOMUSCULARES PARA EL CARGO.

Recomendaciones Generales

- | | | |
|--|--|--|
| ☒ Examen Periodico Ocupacional | ☐ Realizacion Pruebas Complementarias | ☐ Uso de E.P.P. |
| ☐ Remitir a ARL | ☐ Control Periodico PP por EPS | |
| ☒ Pausas Activas | ☐ Remitir a EPS | |
| ☒ Manejo de cargas o Posturas | ☐ Continuar Manejo Medico | |

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Visual: Educacion en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Recomendaciones Especificas

RECOMENDACION AL TRABAJADOR: USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE. OPTOMETRIA ANUAL. RECOMENDACION A LA EMPRESA: NINGUNA.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.

Profesional Ocupacional: NEYLA DAMARIS DIAZ VILLARREAL

Registro M.D: 63462047

Licencia S.O: 804 22/01/15

Firma del Paciente: Luisa Fernanda Gutierrez Lozano
 Identificación: C.C. -1013623483

Todos los derechos reservados
 www.innovasoftcol.com



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 3015 de 24/03/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GUTIERREZ LOZANO LUISA FERNANDA Identificado(a) con CC número 1013623483 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 FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 17/12/2010.

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 GUTIERREZ LOZANO LUISA FERNANDA identificado(a) con CC número 1013623483 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 CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 24/03/2011

HERMAN REDONDO GÓMEZ .

Director de Desarrollo de Servicios.

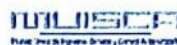
Revisó : Yudy Rodríguez
Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. _____
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____
CC. # _____

Firma



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14322148501



(415)7707212489984(8020) 0000014322148501

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 3 6 2 3 4 8 3

6. DV

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 1 3 6 2 3 4 8 3

27. Fecha expedición:

2 0 0 9 0 7 1 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/municipio:

Bogotá D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GUTIERREZ

32. Segundo apellido

LOZANO

33. Primer nombre

LUISA

34. Otros nombres

FERNANDA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. S/N

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 42 69 I SUR 10 BRR AEBOLIZADORA ALTA

42. Correo electrónico:

lufe_@live.com

43. Aparado aéreo

44. Teléfono 1:

7 3 1 1 0 6 6

45. Teléfono 2:

3 1 5 5 2 7 7 9 2 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 1 2 2 8

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

51. Código

52. Número establecimiento

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

2 0

20. Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Fotos:

0

61. Fecha:

2 0 1 4 1 2 0 9

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

GUARIN GUTIERREZ MARY LUCY

985. Cargo:

Gestor I



Acta Individual de Grado

COLEGIO "RODRIGO LARA BONILLA"

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

Institución Oficial

Cra. 43 A No. 66 - 51 Sur - Teléfono: 716 80 31
Jornada Nocturna

Inscripción S.E.: 6038
Dane: 11100136785

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los cinco (05) días del mes de Diciembre de 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 "RODRIGO LARA BONILLA" Institución Educativa Distrital, Institución aprobada en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 2852 del 16 de Septiembre de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

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

Luisa Fernanda Gutiérrez Lozano

C.C. No. 1013623483 de Bogotá D.C.

Es copia tomada del Acta original general No. 26 de fecha Diciembre 05 de 2009 en lo pertinente.

Firmada y sellada por Jorge Benedicto Lagos Cárdenas (Rector) y Mónica Cecilia González Bedoya (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 05 días del mes de Diciembre de 2009

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º. del Decreto 180 de 1981 No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto N° 921 del 6 de Mayo de 1994


Rector
Jorge Benedicto Lagos Cárdenas
C.C. No. 19.194.633 de Bogotá


Secretaria
Mónica Cecilia González Bedoya
C.C. No. 51.821.849 de Bogotá



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 024

ACTA INDIVIDUAL N° 10376

En Bogotá D.C. a los 17 días del Mes de Diciembre del año 2010,
LUISA FERNANDA GUTIERREZ LOZANO
Identificado(a) Cedula de Ciudadanía N° 1.013.623.483 De Bogota D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 10376 del Libro 05 del Registro de FUSDESA



Lila Yareth Cicua Ramirez
LILA YARETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADÉMICA



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, <u>Lusa Fernanda Gutierrez Bravo</u>			
IDENTIFICADO CON:	C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. <u>1013623483</u>	CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: <u>Bogotá</u>	
DIRECCIÓN	<u># 42 # 69 T 1054</u>	TELÉFONOS	<u>7311066</u>
MUNICIPIO	<u>Bogotá</u>	DEPARTAMENTO	<u>Cundinamarca</u>
		PAÍS	<u>Colombia</u>
Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:			
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	
<u>Javier Gutierrez</u>	<u>80369177</u>	<u>Padre</u>	
<u>Hermencia Bravo</u>	<u>57035397</u>	<u>Madre</u>	
<u>Diana Hernandez</u>	<u>1028785353</u>	<u>Hija</u>	
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			
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS			
GASTOS DE REPRESENTACIÓN			
ARRIENDOS			
HONORARIOS		<u>18'000'000</u>	
OTROS INGRESOS Y RENTAS			
TOTAL		<u>18'000'000</u>	
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
<u>AU Villas</u>	<u>ahorros</u>	<u>00193778-0</u>	<u>Regeneración</u>
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 CÓNYUGE	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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá 26 de Marzo 2018
CIUDAD Y FECHA



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Gutierrez</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Lozano</u>	NOMBRES <u>Lisa Fernanda</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>103623983</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ <u>Colombiana</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>19</u> MES <u>05</u> AÑO <u>1991</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogota</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Kt 42 # 69 I 105r</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogota</u> TELÉFONO <u>7311066</u> EMAIL <u>life@lfe.com</u>

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:	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
										☒	<u>12</u>	<u>2009</u>

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), 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
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>TC</u>	<u>3</u>	☒		<u>FUSOESA</u>	<u>12</u>	<u>2011</u>	<u>103623983</u>

ESPECÍFIQUE 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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

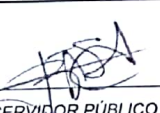
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 26 de Marzo 2018


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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD Subred Centro Oriente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3649666	FECHA DE INGRESO DÍA 09 MES 09 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Og 34 # 543	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Hospital Rafael Uribe Uribe	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD medicambiente@eserafaeibn	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 11 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 05 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Kt 120 26A 62 Sur	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

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

FECHA: 26/3/18 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 ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Gutierrez SEGUNDO APELLIDO: Lozano PRIMER NOMBRE: Jusa SEGUNDO NOMBRE: Fernanda
TIPO DE IDENTIFICACION: CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1013623483 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2009/10/15
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 19/05/91 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 1 NUMERO DE HIJOS: 1 TELEFONO CELULAR: 3155777777
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA: MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNICO ☒ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ CUAL: Enfermera
PROFESION / OFICIO: Enfermera

DIRECCION RESIDENCIA: 42 # 69 A I 108 C CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 7310666
CORREO ELECTRONICO: life-alive.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: 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: CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☒ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ HOGAR COMERCIANTE ☐ PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA: CUAL: Auxiliar de enfermería
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☐ NO ☒ IVA SI ☐ NO ☒ ICA SI ☒ NO ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒

Scanned by CamScanner

2. 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/Contratista 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 legítima.

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 INFORMACION 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 los 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 tratarán 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, enténdase 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 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 la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones 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.

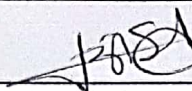
6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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 compartían, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: sarlati@subredcentroorientesalud.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo de ser necesario la transferencia

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



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:			