



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 2.0

Última Actualización: 22-ene-2021

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 _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES AGO AÑO 1992 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CLL 34 #1a40 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	8	X	ENFERMERIA		12	2017	1013634977

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
soporte vital avanzado	AJUDISP	2021	40
MANEJO DE PACIENTE COVID 19	ascofame	2020	12
atención integral de víctimas de violencia sexual	centro oriente E.S.E	2016	20



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.

sideap₂₀₂₁

Última Actualización: 22-ene-2021

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		

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
SUD RED CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 13	MES 4 AÑO 2018	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
JEFE ENFERMERA	UCI PEDIATRIA	KRA 14 B # 1-45	

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
Privada	0	0
Pública	2	9
Total	2	9

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 190/95).



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

sideap_{2.0}

Última Actualización: 22-ene-2021

Bogotá 22-ene-2021

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Lorena Ibez

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



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

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 2.0

Última Actualización: 16-ene-2021

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
OSCAR hernandez benanvidez	79455278	Padre
SANDRA edith lopez salguero	39656709	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 35.810.640,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 35.810.640,00

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 de Bogotá	Cuenta de ahorros	102644291	AVENIDA 1° MAYO	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ 0,00



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap

Última Actualización: 16-ene-2021

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:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Lorena Huez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Señores

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 16 de 01 de 2021

Cordialmente,

Lorena Hdez
C.C. 1013634977

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

Nombre: badq borena Hernandez

Documento: 1.013.634.977

Cargo: Enfermera

Fecha: 16-Enero-2021



La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Francisco de Paula Santandrea

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

C.C. N.º 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 Rojo

Rector

Libro de Registro N.º 1

María de los Angeles

Secretaria

Orden N.º 45





República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ

C.C. N°. 1013634977 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos
exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 26 de Enero de 2018

Rector

Secretaria General

Decano



Tomo 10 · Folio 10 · Registro 55545 · Acta No. 830 · Fecha 26 de Enero de 2018 ·



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

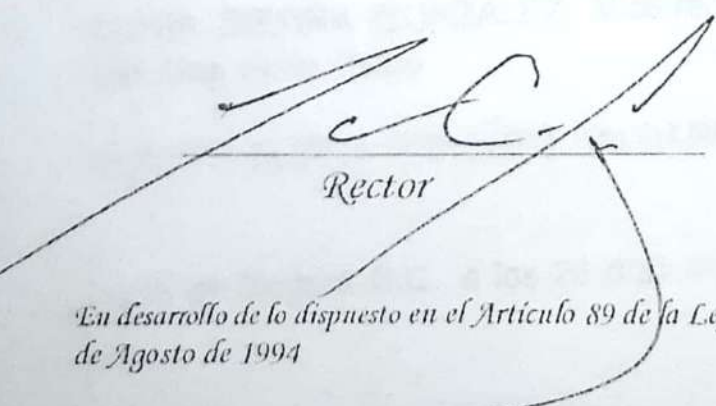
Confiere a:

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

Fundación Universitaria del Área Andina **ACTA DE GRADO No. 830**

En Bogotá D.C., el 26 de Enero de 2018 a las 09:00 horas, convocados por Resolución Nacional No. 002 del 19 de enero de 2018, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, Doctor José Leonardo Valencia Molano, la Vicerrectora Académica y Decana (E) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctora Sonia Sierra González y la Secretaria General (E), Doctora Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga, para presidir la ceremonia de grado de **LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ**, Identificada con C.C. No. 1013634977 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional.

Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron.

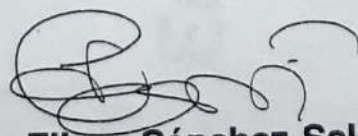
Anotado en el Tomo 10, Folio 10, Registro 55545

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

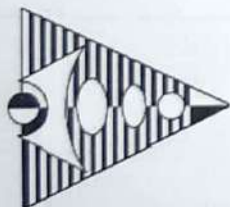
SONIA SIERRA GONZÁLEZ, Vicerrectora Académica y Decana (E) de la Facultad de Ciencias de la Salud

GLADYS ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., a los 26 días del mes Enero de 2018.



Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga
Secretaria General (E)



ASCOFAME

Asociación Colombiana de
Facultades de Medicina

CERTIFICA QUE

Lady lorena Hernandez lopez

Con Cédula de ciudadanía 1013634977 Aprobó el curso multidisciplinario de:

Entrenamiento básico en UCI con énfasis en manejo de paciente COVID 19

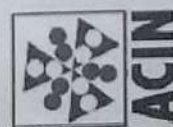
Con una duración de 12 horas. El presente certificado se expide el 27 de noviembre de 2020

G. Quintero
GUSTAVO ADOLFO QUINTERO

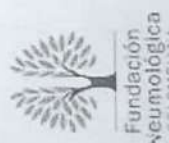
Presidente Junta Directiva Ascofame

Luis Carlos Ortiz Monsalve
LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE

Director Ejecutivo Ascofame



**Colegio
Colombiano de
Terapeutas
Respiratorios**



FISIOTERAPIA



ACOFAMEN

Bogotá D.C

Señores:

Fundación universitaria del area andina
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, 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 E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Enfermera

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Lorena Hdez

No. de documento: 1013634977

Tarjeta profesional No: 1013634977

Dirección de contacto: c/134 #1a 40

Teléfono: 3105556607

**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E****SE PERMITE INFORMAR QUE:**

El (la) señor(a) LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ, identificado(a) con CC. No. 1013634977, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 2103 2020	01/02/2020	31/01/2021	\$48.022.228

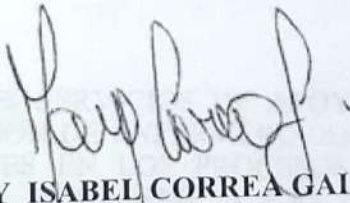
Contrato PS 2103 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 15 de Enero de 2021.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



MARY ISABEL CORREA GALLARDO
Directora de Contratación

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

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E*****SE PERMITE INFORMAR QUE:***

El (la) señor(a) **LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ**, identificado(a) con CC. No. 1013634977, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 2103 2020	01/02/2020	31/01/2021	\$48.022.228
PS 1018 2019	01/02/2019	31/01/2020	\$43.392.864
PS 3891 2018	13/04/2018	31/01/2019	\$35.271.600
PS 0374 2018	10/01/2018	09/06/2018	\$8.402.240
PS 1240 2017	10/01/2017	09/01/2018	\$22.094.600
PS 0167 2017	02/01/2017	31/03/2017	\$7.594.500

Contrato PS 2103 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 1018 2019:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIA Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 3891 2018:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 0374 2018:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 1240 2017:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA EJECUTAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

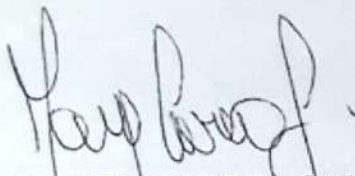
Contrato PS 0167 2017:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA EJECUTAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 15 de Enero de 2021.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



MARY ISABEL CORREA GALLARDO
Directora de Contratación

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

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14746301682



(415)7707212489984(8020) 0000014746301682

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 1 3 6 3 4 9 7 7

1

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

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

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

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

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 9 9

2 0 1 1 1 2 0 1

3 2 2 3

-

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2021 - 03 - 09 / 13 : 58: 59

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

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 ohtb29@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 PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA 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

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ
C.C. 1.013.634.977

FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2018-01-26
FECHA DE INSCRIPCIÓN RETHUS: 2018-02-23



14310

Crear ID: 0001021 8118

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad
con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la
Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

ReTHUS

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 *

Cédula de Ciudadanía



1013634977

Número de Identificación *

Primer Nombre *

LADY

Primer Apellido *

HERNANDEZ

Confirme los números de la Imagen *

4839



Cambiar

8695

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General - 2021-01-22 - 2:28:48 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	1013634977	LADY	LORENA	HERNANDEZ	LOPEZ	Vigente	Ver



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 911 de 2004:

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LADY LORENA HERNÁNDEZ LÓPEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.013.634.977, con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los treinta (30) días del mes de enero del año dos mil veintiuno (2021).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada - Secretaria

Carrera 13A N° 106A – 28. Oficina 202, Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-1) 629 6659 – Celular: 32208184669/ Celular y Whatsapp: 3208140060
www.trienfer.org.co trienfer@outlook.com



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO



Orden No: 8218226
Paciente: HERNANDEZ LOPEZ LADY
Documento Id: CC 1013634977
E.P.S: HOS-USAQUEN
Sede: USAQUEN
Servicio: CONSULTA EXTERNA.

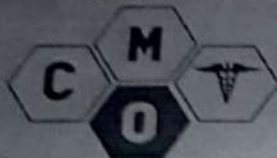
8218226
Fecha de ingreso: 21-Aug-2018 12:00 pm
Fecha de impresión: 30/08/2018
Edad: 26 Años 0 meses 8 días Sexo F
Telefono: 3105556607
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
INFECCIOSAS			
Hepatitis b, anticuerpos s [anti-hbs]	132.9 REACTIVO	mIU/mL	
VALORES DE REFERENCIA:			
NO REACTIVO: Menor a 10 mIU/mL			
REACTIVO: Mayor o Igual a 10 mIU/mL			

Firma Responsable

Fecha validación 8/26/2018 4:39:00PM

P. Zuluaga
Dra. Pilar Zuluaga
Bacteriologa



CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517 -3

MEDICINA GENERAL
PH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

IMPORTANTE: no confíe su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

NOTA: este certificado médico es válido en el formato original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 19/01/21

INGRESO ☒

EGRESO ☐

PERIODICO ☐

TRAB. EN ALTURAS ☐

ESPAC. CONFINADOS ☐

MAN. ALIMENTOS ☐

NOMBRE

HERNANDEZ LOPEZ LADY LORENA

IDENTIFICACION

1.013.634.977

EXAMEN MEDICO ☒

AUDIOMETRIA ☐

VISIOMETRIA ☐

ESPIROMETRIA ☐

LABORATORIO CLÍNICO ☐

PRUEBA VESTIBULAR ☐

EXAMENES REALIZADOS

ASOCIACION MANOS UNIDAS

EMPRESA

SUBRED CENTRO ORIENTE

CARGO

ENFERMERA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES ☒

APTO CON RESTRICCIONES ☐

APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO ☐

APLAZADO ☐

APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO ☐

NO APTO ☐

RESULTADO EXAMENES

MEDICO

OBSERVACIONES

EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: **HOMBROS:** amplitud de movimiento, rotación interna/externa; prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins Kennedy: normales; **CODO:** prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales; **MANO:** prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales; **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES:** Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales

PO DE RESTRICCION

NINGUNA.

OBSERVACION

EL(LA) TRABAJADOR/A REFIERE NO PRESENTAR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, HTA, DIABETES, ECV, VIH, CANCER, USO DE CORTICOIDES O INMUNODEPRESORES, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA-EPOC, CONDICIONES ESTAS DE RIESGO PARA ADQUIRIR EL COVID-19 (RESOLUCION EXTERNA 100009/2020) (DECRETO 030/2020)

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

ducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08); Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y los hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas si tiene el riesgo. Pautas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Pausas dinámicas cada 2 horas. Control de nutrición. Control con medicina general.

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compare el número de identificación del trabajador con el que aparece al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN:** Falsedad en documento privado (Artículo 289 del Código Penal Colombiano).

Principal: Cra. 21 No. 26 - 52 Sur * Tel: 408 19 86 * Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 Sur * Tel: 239 76 87 * 347 8768
Barrio Olaya - www.centromedicooolaya.com - centromedicooolaya@gmail.com

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

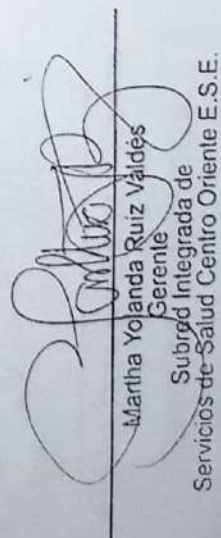
C.C.: 1013634977

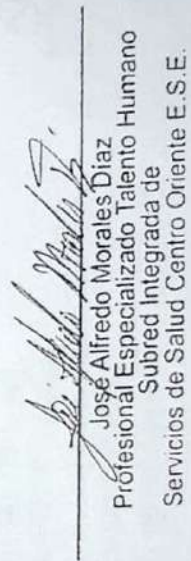
Asistió a la capacitación en:

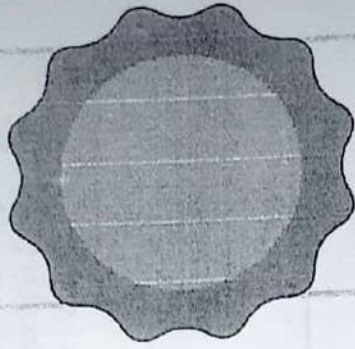
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

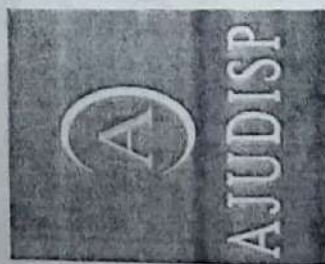

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


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



MEJOR
PARA TODOS

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



ASOCIACION AJUDISP

BOGOTÁ-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano.

NIT. 901364935-1

CERTIFICA:

LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ

QUE:

C.C. 1013634977 DE COLOMBIA ASISTIO Y APROBO AL CURSO AVANZADO DE

SOPORTE VITAL AVANZADO

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS



RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA

C.C. 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios
Sociales y Políticos

AJUDISP
NIT: 901.364.935-1

Asociación AJUDISP

NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa

Presidente AJUDISP

C.C. 1.012.362.780

AJUDISP Asociación AJUDISP

INSTRUCTOR

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA: 20-01-21 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Condinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Hernandez SEGUNDO APELLIDO: Lopez PRIMER NOMBRE: Lady SEGUNDO NOMBRE: Lorena

TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X) No IDENTIFICACION LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento) FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ 1013634977 Bogotá / Condinamarca 17-09-2010

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA; LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento) PAIS NACIMIENTO NACIONALIDAD
13-08-1992 Bogotá Condinamarca Colombia Colombiana

ESTADO CIVIL (Marcar Con X) PERSONAS A CARGO NUMERO DE HIJOS TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ 0 0 7208003

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X) CUAL: Enfermera Enfermera
PRIMARIA ☐ BACHILLER ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ UNIVERSITARIO ☐ POSTGRADO ☒ MAGISTER ☐ OTRO ☐

DIRECCION RESIDENCIA: CIUDAD RESIDENCIA DEPARTAMENTO: PAIS RESIDENCIA: TELEFONO RESIDENCIA
c/134 la 40 casa 312 Soacha Condinamarca Colombia 7208003

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: PORTAL O PAGINA INTERNET TIPO DE VIVIENDA (Marca con X)
ohb29@hotmail.com ARRENDADA ☒

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX
CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X) NUMERO IDENTIFICACION LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento) FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☒ NO ☐ IVA SI ☐ NO ☒ ICA SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)
PRINCIPAL: 8692 SECUNDARIA: 8699

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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)									
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				NIT	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	subred integrada de servicios de salud centro oriente gaoesosi-7					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐		COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐		AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA: ☐		
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO FIJO/CELULAR		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS	
Cra 14b #145		3282828		BOGOTA		Condina Marca		Colombia	
CARGO ACTUAL		Enfermera				FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)		10-01-2017	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL		DESCRIPCION ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)									
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS			
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1.500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA			
HONORARIOS	3.083.694	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO			
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS			
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS			
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	1.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*			
TOTAL INGRESOS	3.083.694	TOTAL EGRESOS	2.500.000	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			
Rondon		Cely		Monica		del Pilar			
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR			
c/ll 32 #50a -34 Sor		BOGOTA / Condina Marca		Compañera		3118629917			
7. REFERENCIA FINANCIERA									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL		TELEFONO		
Banco bogota		Ahorros		102644291	AV 1		2331749		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	CIUDAD/PAIS		MONEDA	MONTO	
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:			
8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)									
POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE		CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐		
OTRA ☐	CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☒	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐		
9. 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 entregare 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 enfermera									

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)**10. 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 legible de la tarjeta profesional del Contador Público.

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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del ultimo año, 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 Publico.

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

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

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 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, 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 la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia 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.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

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 LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, 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@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES- ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

11. 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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Lorena Hoer

Firma Cliente / Representante Legal

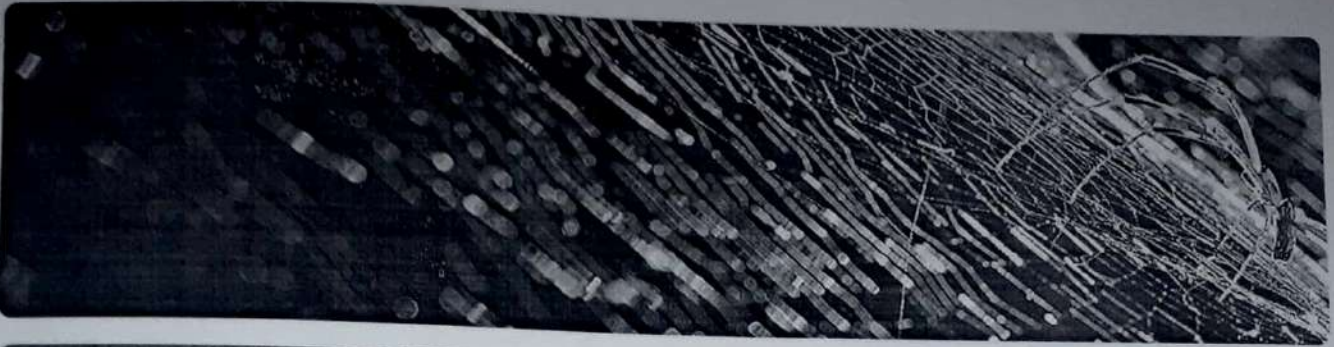


Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

1. Fecha y Hora:	2. Ciudad:	1. Fecha y Hora:	2. Ciudad:
3. Nombre del funcionario Subred		3. Nombre y Cargo (Contraparte)	
4. Lugar de la Entrevista:		4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:		5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐	6. Firma y No Cédula:	
7. Firma y Cédula		7. Nombre Apellidos Funcionario Subred	
8. Proceso Responsable Subred		8. Proceso Responsable Subred	



POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales **90/100** ?

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

ohb29@hotmail.com

Documento de Identidad *

1013634977

Nombres y apellidos *

lady lorena hernandez lopez

Número de contacto *

3105556607

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ identificado(a) con cedula ciudadanía 1.013.634.977, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, 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
SANDRA EDITH LOPEZ SALGUERO	PD	39656709	CC	20170718	0	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Enero de 2.021

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
15137431

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **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**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de enero de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.013.634.977

Numero de Documento

Seboros bolivar

ARL

Lady

Primer Nombre

Lorena

Segundo Nombre

Hernandez

Primer Apellido

boez

Segundo Apellido

13-A605-1992

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

cll 34-1a 40

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Compesar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Enfermera

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

ohb29@hotmail.com

Correo Electrónico

3 10 555 6607

Celular

Lorena Huez

Firma del Afiliado

Maria P. Clavijo
C.C. 52 431 204 B.E.
Enfermera P.L.L.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

52-431 204

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 159162130



WEB
10:27:16
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (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 inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

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



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL, INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

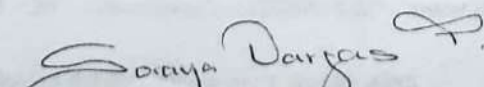
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 16 de enero de 2021, a las 15:47:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013634977
Código de Verificación	1013634977210116154745

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
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 16 de Enero de 2021 - 15:45 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) **LADY LORENA HERNANDEZ LOPEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO 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 figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1_R843S_4515**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:44:25 horas del 16/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1013634977

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ LOPEZ LADY LORENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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



Dirección: Calle 18A # 69F-45
Zona Industrial, barrio
Montevideo, Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a
viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

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

Cuentas de Ahorros No. 102644291, abierta/o desde el 7/11/2013, con saldo a la fecha de: \$ 1.730

Se expide en Bogotá el día 16 del mes de Enero del año 2021 con destino a: lorena



Firma Autorizada

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.634.977
HERNANDEZ LOPEZ

APELLIDOS
LADY LORENA

NOMBRES

LORENA HERNANDEZ

FIRMA



NOVE DERECHOS

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

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 O+ F
ESTATURA G.S. PH SEXO

17-SEP-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SANCHEZ TORRES



P.1500150-00208591-F-1013634977-20101201

0025063288A 1

15690858