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: 17-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GONZALEZ	RODRIGUEZ	LIZETH JASBLEYDY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1031166479

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES AGO AÑO 1996

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 43 # 1 B 10sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3205682235

EMAIL newsted23@gmail.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 gestion de manejo ambiental
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DICIEMBRE AÑO 2014

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SENA	2017	1800

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

sideap

Última Actualización: 17-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

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
hospital la samaritana		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hus@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2104077075	DIA 2 MES 11 AÑO 2018	DIA 22 MES 4 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
auxiliar de enfermeria	general	Carrera 8 #0-29 Sur

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
KONECTA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	wwwgrupo@konecta.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3431920	DIA 10 MES 4 AÑO 2018	DIA 13 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
auxiliar de enfermeria	general	calle 24 86-49

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
alianza		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contacto@alianza.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4886385	DIA 15 MES 8 AÑO 2017	DIA 6 MES 1 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
auxiliar de enfermeria	general	newsted23@gmail.com

Escaneado con CamScanner

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: 17-ene-2021

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	1	5
Pública	0	0
Total	1	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogota DC 17-01-21
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

Escaneado con CamScanner

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: 21-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1031166479 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección calle 43 # 1 B 10sur **Teléfonos** 3205682235 3205682235

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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	$ 16.200.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 16.200.000,00

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
Bancolombia	Cuenta de ahorros	60240376213	veinte de julio	$ 6.000,00

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

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

Escaneado con CamScanner

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: 21-ene-2021

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

Escaneado con CamScanner

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 10 de 3 de 2021

Cordialmente,

C.C. 1031166479

Escaneado con CamScanner

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como Servidor Público 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 Código de Integridad de la Subred 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 servidor público.
- Actuar bajo los lineamientos del código de integridad, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público.

Adicionalmente me comprometo a:

DAR LO MEJOR DE MI LABORALMENTE CON HONESTIDAD Y COMPROMISO

Nombre: Lizeth Gamboa

Documento: 1031166479

Cargo: Auxiliar de enfermería

Fecha: 10-MARZO-2021

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Gustavo Restrepo

Institución Educativa Distrital
Jornada Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. mediante
Resolución de Reconocimiento de Estudios No. 4738 de Noviembre 29 de 2007
y Resolución de Integración No. 1641 del 24 de Mayo de 2002

Teniendo en Cuenta que:

Lizeth Jasbleydy González Rodríguez

Identificado(a) con C.C. No. 1.031.166.479 de Bogotá

Cursó y aprobó los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Técnica

Le Otorga el Título de:

Bachiller en la Especialidad de Gestión en Sistemas de Manejo Ambiental

En Reconocimiento le confiere el presente
DIPLOMA

Rector

Secretaria Académica

Registro Interno No. 03 Acta No. 82

Dado en Bogotá, D.C. a los 2 días del mes de Diciembre de 2014

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación, al amparado de firmas y sellos
de conformidad con el Decreto No. 0921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

Escaneado con CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.031.166.479

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TECNICO EN

ENFERMERÍA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá, a los ocho (8) dias del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

31441939 - 08/09/2017
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001023576CC1031166479C.

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

Colegio Gustavo Restrepo

Institución Educativa Distrital

JORNADA TARDE

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E.D. 2562
Inscripción DANE 111001-27336

En la ciudad de Bogotá D.C., a los dos (02) días del mes de diciembre del año 2014 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO GUSTAVO RESTREPO - Institución Educativa Distrital, con Reconocimiento oficial en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., con Resolución de Aprobación No. 4738 del 29 de noviembre de 2007 y resolución de integración 1641 de mayo 24 de 2002. Para otorgar el Título de Bachiller en la especialidad cursada y aprobada.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER EN LA ESPECIALIDAD DE *GESTIÓN EN SISTEMAS DE MANEJO AMBIENTAL*.

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

GONZALEZ RODRIGUEZ LIZETH JASBLEYDY

Identificado(a) con documento No. 1031166479 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 82 del 02 de diciembre del año 2014 que consta de 42 estudiantes; que comienza con el nombre de **BONILLA BONILLA JORGE ANDRES** y finaliza con el nombre de **ZAPATA OLIVEROS JUAN DAVID.**

Firmada por:
LUDER ENRIQUE JEREZ CORTES (Rector) y MARÍA TERESA MONTES ORTIZ (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C., a los (02) días del mes de diciembre del año 2014.

No requiere ser registrada, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994. No requiere sellos según Decreto 2150 de diciembre de 1995.

LUDER ENRIQUE JEREZ CORTES
Rector
C.C. No. 19 201 479 de Bogotá

MARÍA TERESA MONTES ORTIZ
Secretaria Académica
C.C. No. 51 574 503 de Bogotá

Escaneado con CamScanner

REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 31441939 - 08/09/2017

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ, Con Cedula de Ciudadania No. 1.031.166.479

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNICO EN ENFERMERÍA

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, a los ocho (8) días del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001023576CC1031166479A

Escaneado con CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.031.166.479

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DE UNA PERSONA CON AFECTACION DE LA SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Popayán, a los ocho (8) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
EDWARD ENRIQUE VARGAS VIVAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Popayán

Para el diligenciamiento del formato tenga en cuenta registrar SI en la casilla que cumple cada criterio. Registrar NA si no aplica en el momento de la evaluación.

EDWARD ENRIQUE VARGAS VIVAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA

47936035 - 08/11/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico, que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 930700154547CC1031166479C.

Escaneado con CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.031.166.479

Cursó y aprobó la acción de Formación

ENGLISH DOT WORKS 2

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cali, a los tres (3) dias del mes de agosto de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
ALEX AMED VALENCIA ROJAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ALEX AMED VALENCIA ROJAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO GRADO 02
CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

45107098 - 03/08/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web, http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9229001465923CC1031166479C.

Escaneado con CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

SENA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Lneth Gomalez Rodriguez 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:

Tecnico en enfermeria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1031166479

Tarjeta profesional No: 12648

Dirección de contacto: Calle 43 H 13 10 Sur

Teléfono: 3205682235

Escaneado con CamScanner

Humanización con sensibilidad social

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

Libertad y Orden

Surgivasc s.a.s

DE GESTION HUMANA DE LA EMPRESA SURGIVASC S.A.S

CERTIFICA

Que él(a) señor(a) ***LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ****, identificado(a) con cedula de ciudadanía No.* ***1.031.166.479*** *laboro en la Empresa desde* ***Noviembre 02 de 2018 a abril 22 de 2019****, desempeñando el cargo de* ***Auxiliar de enfermería*** *con un contrato de* ***prestación de servicios*** *y devengando un salario mensual de* ***$ 1'800.000.*** *Para constancia de lo anterior se firma en Bogotá a los seis (6) días del mes de Junio del dos mil diez y nueve (2019)*

Cordialmente, Dr. Jaime Gómez
Subespecialista Cirugía Vascular y Angiología
Coordinador Servicio de Cirugía Vascular Periférica
E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana

Dr. Jaime Gómez

Escaneado con CamScanner

Konecta

Bogotá 27 de noviembre de 2018

EL AREA DE RELACIONES LABORALES

CERTIFICA QUE:

El señor (a) **GONZALEZ RODRIGUEZ LIZETH** identificado (a) con cédula de ciudadanía No 1031166479 laboró en nuestra Compañía desde el **10 de abril de 2018** hasta el **13 de noviembre de 2018**, con un contrato a término **OBRA LABOR** y una asignación salarial correspondiente a $ **781242** como salario base y modalidad de pago por horas laboradas y una variable atada al desempeño de $ **41943**

Como los anteriores conceptos salariales pueden variar, según la jornada laboral y el desempeño, esta certificación se elabora teniendo en cuenta la jornada máxima legal, y un desempeño al 100%.

El último cargo desempeñado fue **REPRESENTANTE DE SERVICIO** y la relación laboral finalizó por **RENUNCIA VOLUNTARIA**

La presente certificación se realiza conforme lo establecido en el Decreto 2852 de 2013.

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO CASTAÑEDA SUAREZ

Gerente de Relaciones Laborales

Para el diligenciamiento del formato tenga en cuenta registrar **SI** en la casilla que aplica, Registrar **NA** si no aplica en el momento de la evaluación.

Multienlace S.A.S.
Nit. 830065...-6
Gerencia de Relaciones Laborales

...suaña • Argentina • Brasil • Chile • Colombia • Marruecos • México • Perú • Portugal • Reino Unido

Calle 83 6a - 91 Puerto Seco - Pbx 2... 231 PBX 510 57 00 - FAX (574) 419 47 00 Medellín
Avenida Calle 24 #86 - 49 ... de ... 74 ... PBX 343 19 20 - FAX (574) 343 19 20 Ext 6622 Bogotá
www.konecta.com

Escaneado con CamScanner

Alianza
Contratistas

Alianza – Intal

Nit. 900821418-8

CERTIFICA QUE:

LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° **1.031.166.479** ingresó a laborar al servicio de la empresa desde el día **16 de Agosto de 2017 al día 16 de Enero de 2018, mediante un contrato por prestación de servicios,** desempeñando el cargo de **Auxiliar de Enfermería (Hospitalización Emermedica)**

SALARIO DEVENGADO: $ 1.100.000

Esta certificación se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C a los **15** días del mes de **Marzo** de **2018**.

Cordialmente,

Julieth Andrea Sánchez
Líder de contratación

Favor confirmar los datos aquí contenidos al PBX (1) 4666385 ext. 602 – 603

Calle 45 No. 7-13 (Chapinero) Santafé de Bogotá-Colombia
PBX (1) 4666385 ext. 602-603
E-mail: Contacto@alianza.com

Escaneado con CamScanner

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

CER-005286-2021
Codigo:02BD99BF14

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) LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ, identificado(a) con CC. No. 1031166479, 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
PS 1692 2021	28/01/2021	22/03/2021
PS 1738 2020	06/02/2020	31/01/2021
PS 4531 2019	05/08/2019	31/01/2020

Contrato PS 1692 2021:

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 1738 2020:

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

Contrato PS 4531 2019:

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 QUIRURGICOS, 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 09 de Marzo 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

Escaneado con CamScanner

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

CER-005287-2021
Código:9678DF2184

Pág. 1 de 1 del certificado CER-005287-2021

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) LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ, identificado(a) con CC. No 1031166479, 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
PS 1602 2021	28/01/2021	22/03/2021

Contrato PS 1602 2021:

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESION), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN 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 09 de Marzo de 2021.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3049952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 53 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 falsedad en cualquiera de la información, así como de la presente firma será plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los Artículos 286 y SS del Código Penal Colombiano)

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

Elaborado por: Jaime Zamora - Líder administrativo
Revisó: Luis Mario Valencia - Asesor
Revisó: Paola Andrea Rivera - Profesional OPS

Escaneado con CamScanner

cedula jaz 001.jpg





Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14635524231

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 1 1 6 6 4 7 9	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1031166479	2014/06/28

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	RODRIGUEZ	LIZETH	JASBLEYDY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 43 1 B 10 SUR

42. Correo electrónico:

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3134329587	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2016/07/06							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																					Exportadores					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																							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: 2019 - 07 - 16

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: GONZALEZ RODRIGUEZ LIZETH JASBLEYDY
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 11-03-2021 05:16:49PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

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

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:18/07/2019

CONTRIBUYENTE	C.C. 1031166479	LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 43 1 B 10 SUR
Teléfonos: 3134329587
Dirección electrónica: newsted23@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ DC
Fecha de Inscripción: 18/07/2019
Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL
Régimen tributario: SIMPLIFICADO
Fecha desde: 06/07/2016
Matrícula Mercantil:NO
Fecha inicio de Actividades: 06/07/2016
Fecha de cese de Actividades: NO
No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)
Actividad 2:
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

Escaneado con CamScanner

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

Resolución No 12648 *de* 31/10/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GONZALEZ RODRIGUEZ LIZETH JASBLEYDY Identificado(a) con CC número 1031166479 expedida en BOGOTA D.C. solicitó ante esta Secretaria la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- el dia 08/09/2017.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

En virtud de lo expuesto este Despacho

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a GONZALEZ RODRIGUEZ LIZETH JASBLEYDY identificado(a) con CC numero 1031166479 expedida en BOGOTA D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 31/10/2017

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C. 05/01/18
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) LIZETH GONZALEZ
CC # 1031166479
Firma Lizeth Gonzalez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox/FMfcgxwKkbjLPnhGdpDmpxXSWpdhqTdK?projector=1

Escaneado con CamScanner

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

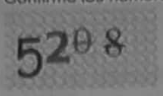
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1031166479

Primer Nombre *
LIZETH

Primer Apellido *
GONZALEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6301

Limpiar

Resultado General -2021-03-09--3:43:15 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1031166479	LIZETH	JASBLEYDY	GONZALEZ	RODRIGUEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1031166479 registra La siguiente información:

2021-03-09--3:43:15 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TÉCNICO ENFERMERIA	2017-10-31	12648	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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Escaneado con CamScanner

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Lizeth Jasbleidy
Apellidos: Gonzalez Rodriguez
Documento de identidad: C.C. X | Pasaporte | No. 1031166479
Fecha de Nacimiento: Día 09 Mes 08 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1		D2721-03116	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	06 NOV. 2015		
	2	07 DIC. 2015	202252701-088	
	3	09-6-16	202276 U3	
	4	9-6-2017		
	5			
Contra Hepatitis B	1	06 NOV. 2015	AHBrC	
	2	07 DIC. 2015	AHBRC108AE	
	3	01 ABR. 2016	1434021.01	
	R	10-MAYO-2021	HEPAS 031	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Escaneado con CamScanner

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: LIZETH

Apellidos: GONZALES RODRIGUEZ

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No.

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano		24 MAY 2013	H020269-HRVU	

Tania salud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VIGILADO Supersalud

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NIT: 900.174.065-5
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1100111779801
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRESTREPO 1100111779802

NOMBRES: Lizeth Jasbleidy Gonzalez
DOCUMENTO: 1.031.166.479
TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS APLICADA	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
INFLUENZA	1ra. DOSIS			
VARICELA	1ra. DOSIS	5101590	17 NOV. 2015	
NEUMOCOCO	1ra. DOSIS			

Escaneado con CamScanner

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029 NIT 900157744-0

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **07/06/2019 14:56:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 1031166479**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 OSTEOMUSCULAR	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA PARA LA EMPRESA	
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la bngada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros (X)

REMISIÓN SI (X) NO ( ) **ARL** SI ( ) NO ( ) **EPS** NUTRICION SI (X) NO ( )

TRABAJADOR SIN RESTRICCIONES PARA REALIZAR LA LABOR, SE RECOMIENDA
CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO SEGURO
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA,



DIANA PAOLA MELO MUÑOZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 65547191 RM: RES 1344/17

Trabajador: LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ
CC 1031166479
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Certifica que:

LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ

C.C. 1.031.166.479

Ha culminado con éxito la acción de formación virtual:
Atención integral de victimas de violencia sexual

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 16 horas.

Se expide en la ciudad de Bogotá a los 28 días del mes de septiembre del año 2018.

Ingrid Paola Lozano Torres
Directora de Gestión del Riesgo
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente ESE

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Escaneado con CamScanner

CENTRO DE CAPACITACIONES
AMPJ SALUD

Educación Informal de acuerdo al decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE

LIZETH JASBLEYDY GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

C.C. 1.031.166.479

APROBÒ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL BASICO

El curso sigue los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASOCIATION,
cumpliendo con la norma del 2015.
Intensidad de 20 horas.

Dado a los 29 días del Mes de Diciembre del 2020
VALIDEZ 2 DOS AÑOS

Leidy K Jurica
Coordinadora
Académica

Yeison A Pacheco
Director
Académico

Contacto 3116390050 – 3194200427
capacitacionesampjsalud@gmail.com

Escaneado con CamScanner

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

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

FECHA:	9-Mayo-21	CIUDAD:	Bogota D.C	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gonzalez	Rodriguez	Lucth	Jasbleydy

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)					IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐		1031166479	Bogota dc	Cundinarca	28/08/2014
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
09/8/1996	Bogota D.C	Cundinarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐	0	0	3205682283

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 43H 1B 10 SUR	BOGOTA DC	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7614746

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
newsted23@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION(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		IVA		ICA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
		SI ☐		SI ☐		SI ☐	PRINCIPAL: 8690	SECUNDARIA: 8692
		NO ☒		NO ☒		NO ☐		

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

Escaneado con CamScanner

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 CENTRO ORIENTE	900451017

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	COMERCIO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGICA ☐	OTRA ☐

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34# 3-20E	3282828	Bogota D C	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de enfermeria		FECHA VINCULACION (DD/MM/AAAA)	05/08/2019

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	600.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1450.000	ARRIENDOS	480.000	INVERSIONES		CUOTAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	400.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$1450.000	TOTAL EGRESOS	$1480.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
Bonobmbig			

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
Arroyo	Benavides	Evelyn th	Esperanza
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y O EXTENSION/CELULAR
Cra 11 este # 42b 32	Bogota Cundinamarca	Amiga	2473459

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia	Cuenta Ahorros	68483-3078	Mercantil	7477735

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	CORRESPONDENCIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	POSTAL, 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 entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Auxiliar de enfermeria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique).
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, comunicado por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

Escaneado con CamScanner

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 Unico 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 los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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 trataran 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 - 43, 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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) Envió 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 medica, 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 mi.
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 sariaft@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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

Escaneado con CamScanner

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

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

LA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT. 900959051-7

C E R T I F I C A:

Que durante la vigencia 2018 – 2019 (corte noviembre 25 de 2019) los colaboradores relacionados a continuación y que se encuentran bajo la supervisión de SANDRA PATRICIA LEON CACERES realizaron satisfactoriamente el proceso de inducción – reinducción.

No DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS
11.227.732	DIEGO FERNANDO PEREZ RODRIGUEZ
16.464.653	EDWIN ANDRES VILLA CORTES
17.330.873	GILDARDO RODRIGUEZ BARBOSA
20.409.519	MARIA ELENA MARTINEZ LUNA
20.888.053	HEIDY MARCELA ACERO ACOSTA
23.265.896	AURORA ARIAS CRUZ
24.037.468	SARA HERNANDEZ SANCHEZ
24.156.652	CLARA CECILIA LOPEZ ALFONSO
26.535.022	MELBA LOZADA SANDOVAL
28.538.943	NINI JOHANA CASTAÑEDA RIOS
35.376.554	MARIA ELENA CORCHUELO MONGUI
35.376.730	LUZ DARY PARRA PAEZ
36.557.970	LEONISSE ROSA DE LEON BONETT
37.580.779	LISSETTE MARTINEZ BOLAÑOS
39.576.405	SANDRA CONTANZA ROMERO PULIDO
39.659.227	MARIA CONSUELO SANCHEZ RODRIGUEZ
39.709.361	ANA LUCIA ZAMBRANO TORRES
39.713.590	GLADYS MARTINEZ URREGO
41.780.017	LUZ PATRICIA JIMENEZ RAMIREZ
45.750.640	NINI JOHANA PASTRANA LEDESMA
46.357.594	MERY EMILCE ROJAS GUTIERREZ
51.606.924	MARIA TERESA BAQUERO TOVAR
51.715.701	BLANCA PATRICIA JIMENEZ YARA

Diagonal 34 Nº 5-43
Cel. 3046014156
3023405561

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

No DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS
1.026.260.011	YULI PAOLA SARMIENTO QUINTERO
1.026.262.000	YESID MORENO MORENO
1.026.268.083	NORIDA YAQUELINE BELLO GOMEZ
1.026.268.963	VIVIANA ANDREA AGUILAR GARCIA
1.026.296.118	JENNIFER CATALINA GUZMAN LOPEZ
1.026.304.911	MARCO ALEXANDER MENDEZ SUAREZ
1.026.306.497	ANGIE NATALIA VARGAS PINTO
1.026.555.278	HILDA MARIA CHAPARRO RODRIGUEZ
1.026.572.273	WENDY LORENA GUTIERREZ RODIRGUEZ
1.026.573.030	PAOLA ANDREA CRUZ AVELLA
1.030.543.189	NURY MARITZA GONZALEZ CACERES
1.030.556.775	LUISA FERNANDA GARCIA GIRALDO
1.030.650.920	CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY
1.030.672.739	ALEJANDRA DEL PILAR QUINTERO RODRIGUEZ
1.030.676.174	GINNA PAOLA SAENZ MIRANDA
1.031.129.606	MARYORI JOHANNA GUIO GUTIERREZ
1.031.148.954	CRISTIANFABIAN DURAN BOLIVAR
1.031.166.479	LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ
1.032.360.361	SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS
1.032.394.773	LUZ DARY GOMEZ SUAREZ
1.032.467.700	JASBLEYDY JOANA HERRERA MILLAN
1.032.470.926	JOSE GABRIEL MACHADO RIVEROS
1.032.475.001	GERALDINE BRILLITH AZA CALDERON
1.033.689.424	JORGE ELIECER FRANCO MOLANO
1.033.717.737	LEIDY STEFANY PIÑEROS CRUZ
1.033.732.659	LUZ MARY SAENZ PEÑA
1.033.733.933	HASBLEIDY DALLANA CABEZAS BETANCOUR
1.033.740.725	JADE KATERINE PALACIO SIMBAQUEVA
1.033.775.225	ANGELA YOJHANA MESA CARDENAS
1.033.779.853	ARIANA FAYRU PACHON PORTELA
1.033.789.660	MICHAEL ESTEBAN RODRIGUEZ BAUTISTA
1.033.795.851	LIZ KATHERINE GOMEZ BEDOYA
1.040.763.756	SAMY JHOHANA MOSQUERA MOSQUERA
1.049.632.297	CLARA JULIETH REYES LOPEZ

Diagonal 34 Nº 5-43
Cel. 3046014156
3023405561

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Escaneado con CamScanner

ADRES

La salud es de todos — Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1031166479
NOMBRES	LIZETH JASBLEYDY
APELLIDOS	GONZALEZ RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/10/2021 13:24:58	Estación de origen:	192.168.70.1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Escaneado con CamScanner

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1031166479** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1031166479
NOMBRES Y APELLIDOS	LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	4
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	4
EMPLEADOR(ES)	CC 1031166479 LIZETH GONZALEZ DESDE 01/12/2020

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **17/01/2021**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ RODRIGUEZ LIZETH JASBLEYDY** identificado(a) con **CC** número **1.031.166.479** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de abril de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de enero de 2021.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

Escaneado con CamScanner

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

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1031166479		SURA	
Numero de Documento		ARL	
LIZETH	JASBLEYDY	GONZALEZ	RODRIGUEZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
09/08/1996	BOGOTA	CRA 43H #B10 SUR	7644746
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
SURA	PROTECCION	$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
AUXILIAR ENFERMERIA			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
newsted23@gmail.com		3205682235	
Correo Electrónico		Celular	

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 79.734.627 Bta

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

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 158706385

WEB
17:15:34

Bogotá DC, 17 de enero del 2021

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) LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031166479:

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.

Escaneado con CamScanner

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 domingo 17 de enero de 2021, a las 17:20:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1031166479
Código de Verificación	1031166479210117172004

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

Digitó y Revisó: WEB

Escaneado con CamScanner

Personería de Bogotá, D.C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4140870

Bogotá, D.C., 17 de Enero de 2021 - 17:10 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) **LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **UNO MIL TREINTA Y UNO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE** de BOGOTA D.C.

1031166479

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.

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.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_2TTUY_1017
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Escaneado con CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:38:04 horas del 09/03/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1031166479**

Apellidos y Nombres: **GONZALEZ RODRIGUEZ LIZETH JASBLEYDY**

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

Escaneado con CamScanner

Certificado Bancario

Martes, 28 de Enero de 2020

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LIZETH JASBLEYDY GONZALEZ RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1031166479, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	60240376213	2015/04/06	ACTIVA

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14

Paula Andrea Vélez Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Escaneado con CamScanner