

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 179476934



WEB
16:50:52
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de octubre 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) WENDY TATIANA GUZMAN VANEGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013637741:

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

ATENCIÓN :

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

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

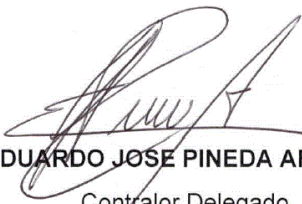
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 09 de octubre de 2021, a las 16:48:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013637741
Código de Verificación	1013637741211009164820

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.



EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB





Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:55:15 PM horas del 09/10/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013637741**

Apellidos y Nombres: **GUZMAN VANEGAS WENDY TATIANA**

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.



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/10/2021 10:37:14 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1013637741** y Nombre: **WENDY TATIANA GUZMAN VANEGAS.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **26370700** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del afiliado (cotizante): [Firma]

No. Identificación: 1013637747

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____
lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____
con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____	Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____
Identificación: _____	Identificación: _____
Edad: _____	
Dirección de domicilio: _____	

11 OCT 2021
Cod-671 Sandra Liliana Rincón R.
SUJETO A VERIFICACIÓN

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

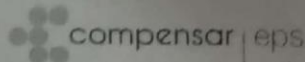
Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): [Firma]

No. Identificación: 1013637747

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: _____ Fecha de Radicación: _____
I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)
 1. Tipo de trámite: A. Afiliación B. Reporte de Novedades
 2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o cabeza de familia B. Colectiva
 3. Régimen: A. Contributivo B. Subsidiado
 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario
 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
 Código (A registrar por la EPS): _____

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)
 6. Apellidos y nombres: **Guzman Vanegas Wendy Tatiana**
 7. Tipo de documento de identidad: **CC**
 8. Número de documento de identidad: **1013637741**
 9. Sexo: Femenino Masculino
 10. Fecha de nacimiento: **14/11/1992**

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)
 11. Etnia: _____ 12. Discapacidad: Tipo I Tipo II Condición T.F.
 13. Puntaje SISBEN: _____ 14. Grupo de población especial: _____
 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: **SURA**
 16. Administradora de pensiones: **POPUENIR**
 17. Ingreso base de cotización - IBC: **908.576**
 18. Residencia: **Cra 14 # 138 21 Sur**
 Teléfono fijo: **3103231380**
 Zona: Urbana Rural
 Localidad: **CIMACUZ**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)
 19. Apellidos y nombres: _____
 20. Tipo de documento de identidad: _____
 21. Número de documento de identidad: _____
 22. Sexo: Femenino Masculino
 23. Fecha de nacimiento: () () () / () () ()

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Femenino / Masculino
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia			33. Valor de la UPC afiliado adicional a registrar por la EPS
DD/MM/AAAA	F H M T P	F H M T P	Condición	Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)	35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
Cot. B			
B		37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
B			

39. Ubicación: _____

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	13. Movilidad:
1. Modificación datos básicos de identificación	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/>
2. Corrección datos básicos de identificación	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	14. Traslado:
3. Actualización documento de identidad	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>
4. Actualización y corrección de datos complementarios	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	15. Reporte por fallecimiento
5. Terminación de la inscripción en la EPS	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	16. Reporte del trámite de protección al cesante
6. Reinscripción en la EPS		17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
		18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha
Tipo de documento de identidad: _____	DD/MM/AAAA
Número de documento de identidad: _____	DD/MM/AAAA
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado
_____	Código: _____
	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales:

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción:

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios:

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud:

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales:

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran:

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013:

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto:

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, beneficiario o afiliado responsable de la afiliación, o el beneficiario, cónyuge o compañero(a) permanente: _____

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente:

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital:

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital:

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor:

61. Copia del acta administrativo de custodia:

62. Copia del certificado de defunción de suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres:

63. Copia del traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud:

64. Copia de la autorización para realizar afiliaciones colectivas:

65. Copia de la providencia de las autoridades competentes en la que conste la autorización para que se otorgue la afiliación de oficio:

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio: _____	Número de la ficha: _____	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
Código del departamento: _____	Puntaje: _____		
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario		
Primer apellido: _____	Segundo apellido: _____	Primer Nombre: _____	Segundo Nombre: _____
Tipo de documento de identidad: _____	Número de documento de identidad: _____		

OBSERVACIONES: _____

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO

Subsidiado

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WENDY TATIANA GUZMAN VANEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.637.741**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Octubre del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Fecha: 06 de octubre de 2021

El aquí firmante identificado/a como aparece al pie de mi firma, manifiesto que autorizo de manera libre, expresa, inequívocamente, y de forma exclusiva para los fines señalados en los términos de la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)/ FONDO ROTATORIO DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA con NIT.8999999027-8/800072977-0, a consultar los datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y, de llegarse a formalizar, manifiesto que la Entidad podrá cada cuatro (4) meses realizar la misma consulta, esto es a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

AUTORIZA

FIRMA:



NOMBRE COMPLETO: WENDY TATIANA GUZMAN VANEGAS
C.C. 1013637741

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 20:12:30 horas del 13/10/2021, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1013637741**,

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DANE** , con NIT **899999927-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>