

U. Bogotá D.C,

Día 30 Mes 07 Año 2021

Señora Mayor General Médico
Clara Esperanza Galvis Díaz
Directora General
Hospital Militar Central
Ciudad.

ASUNTO: OFERTA DE SERVICIOS Y DECLARACIÓN JURAMENTADA

Con toda atención y respeto, me permito ofrecer mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA, para suscribir Contrato de Prestación de Servicios con el HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

Por otra parte, manifiesto bajo gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades que estipula el artículo 8 de la ley 80 de 1993, para realizar Contratos con Entidades Estatales.

Así mismo, autorizo al HOSPITAL MILITAR CENTRAL, para que consulte la información necesaria en las bases de datos de información de diferentes entidades para el trámite de ingreso por Contrato de Prestación de Servicios.

Atentamente,

FIRMA: Genny Montañas

NOMBRE: Genny del Rosario Montañas MORALES

CC. 1070818651 de CAJ. EDUARDO CORDOBA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.070.818.651**

MONTES MORELO

APELLIDOS

GENNY DEL ROSARIO

NOMBRES

Genny Montes M

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-AGO-1992**

SAMPUES
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

02-AGO-2010 SAN BERNARDO DEL VIENTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1304600-00258580-F-1070818651-20101004

0024227867A 1

35241517

BOGOTÁ D.C.

AGOSTO 12 - 2019.

SEÑORES CAFAM.

CORDIAL SALUDO -

YO GENNY DEL ROSARIO MONTES MORENO
CERTIFICO POR MEDIO DE LA PRESENTE
CARTA QUE NUNCA HE ESTADO AFILIADA A
UNA CASA DE COMPENSACION FAMILIAR
COMO INDEPENDIENTE.

ATT.

Genny Montes
1040818651



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>MONTES</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>MORELO</u>	NOMBRES <u>GEORGY DEL ROSARIO</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1070818651</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>02</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1992</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CORDOBA</u> MUNICIPIO <u>SAN BERNARDO C.</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CARRERA 110B N° 43A - 09</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>QUINDIAMA</u> MUNICIPIO <u>PIPIA</u> TELÉFONO <u>3205551428</u> EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TC	4	X		ACTIVAR DE ENFERMERIA	12	2012	28994

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3486868	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 03 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ENFERMERIA	DIRECCIÓN TRANS 3C # 49-02	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 30 - Julio - 2021

Genny Montes
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



El servicio público
es de todos

Función
pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y
RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GEORGY	DEL ROSARIO	MONTES	MORELO

Documento de identificación	
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐	Número 10A0818651

Lugar de Nacimiento		
País COLOMBIA	Departamento CORDOBA	Municipio SAN BERNARDO

Lugar de domicilio		
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipio BOGOTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/ Curadurías/ u otra donde trabaje.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Cargo o función que cumple

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipio BOGOTA
Dirección TRANS 3 N° 49-02		

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	0
Gastos de representación	0
Arriendos	0
Honorarios	0
Otros ingresos y rentas	0
TOTAL	-

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
AH-820	COLOMBIA	0.0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

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

CONCEPTO	SALDO

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente

SI

☐

NO

☒

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
HIJO	SHALOM	DAVID	ANABET	MONTES	201976690
HIA	SOFIA	ELEDA	ANABET	MONTES	201982386
MADRE	BETIDA		MORELOS	MUJOS	26137665

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LÚCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CAUDAL	VALOR	PAÍS

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

- a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
 - Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
 - Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:

- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

[illegible]

Documento: CC. 1070818651

Última actualización: 08/07/2021 15:47:03

1. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a HOMIL o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autorizadores lo establezcan.

2. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de información personal, actuando libre y voluntariamente, al diligenciar a los datos aquí solicitados, autorizo al Hospital Militar Central, HOMIL, para que de forma directa o a través de terceros realice el tratamiento de mi información personal, el cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir y administrar mis datos personales, para la vinculación con la entidad.

Entiendo que las políticas para el tratamiento de mi información personal, así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, queja o reclamo, podrán ser consultados en el sitio www.homil.gov.co

De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a i) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ii) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, iii) ser informado por HOMIL, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a los datos personales, iv) presentar ante la

Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones de la ley, v) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y vi) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el Artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignando es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y fondos con el propósito dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción, circular 09 de 2016 de Supersalud y demás normas legales concordantes por la prevención de lavado de activos.

Bienes y recursos

salario en el hospital militar, como auxiliar de enfermería

2. Declaro que mis bienes y recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. Me comprometo a no realizar directamente, por cuenta o a través de terceros actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione, ni a afectar operaciones que faciliten o se destinen a tales actividades o a favor de personas relacionadas con la misma.

4. Declaro que la información suministrada corresponde a la realidad, que la información que adjunto es veraz y puede ser verificada por cualquier medio desde ahora y mientras subsista una relación contractual o legal con HOMIL.

5. Autorizo a la entidad para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.

6. Me obligo con la entidad a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida. de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos la entidad.

La consecuencia de esta autorización será a inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por lo tanto las entidades de sector financiero o de cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

4. FIRMA

Fecha de firma 2021-07-08

Número de documento de Identificación 1070818651

Huella índice



Nombre GENNY MONTES MORELO

Firma

Fecha de impresión: 29-07-2021 11:09



DB.09.2021



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 23:08:32 horas del 01/09/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1070818651**

Apellidos y Nombres: **MONTES MORELO GENNY DEL ROSARIO**

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



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 23:10:34 horas del 01/09/2021, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1070818651**,

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOMIL**, con NIT **830040256-0** 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>



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/09/2021 12:11:06 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1070818651** y Nombre: **GENNY DEL ROSARIO MONTES MORELO.**

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. **25465668**. 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 Búsqueda

Imprimir

Información 5159000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

www.policia.gov.co

02-09-2021

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 175158669



WEB

23:11:30

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 de septiembre 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) GENNY DEL ROSARIO MONTES MORELO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1070818651:

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.

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



01-09-2021

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 miércoles 01 de septiembre de 2021, a las 23:11:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1070818651
Código de Verificación	1070818651210901231145

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



01.09.20.

CGR



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

Página 1 de 1



CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Resolución No. 004499 del 18 de Julio 2019 expedida por la secretaría de educación de Cundinamarca
Acuerdo ejecutivo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del ministerio de la protección social



Certifica que:

MONTES MORELO GENNY DEL ROSARIO

Identificado(a) con D.I. No. 1.070.818.651

Asistió al curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (BLS)

"Abordaje al Paciente con parada cardiorespiratoria"

BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR DEL COMITE NACIONAL (CNR:) Y DE LOS COMITES INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR 2015-2020, DE ACUERDO LO QUE EXIGE LA RESOLUCIÓN 1043 DEL MIN-PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Dado en Bogotá D. C. el día 11 de Julio del 2020, con una duración de 40 horas


Dra. **María Bibiana Estrada** C.A.C.C.S.
Directora General
R.M. 118653



Dr. **Alejandro Solano**
Instructor C.A.C.C.S.
R.M. 1030638106


Ing. **Ledy Andrea Coton**
Coordinadora Académica
Caf. 25228-352692

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Genny Del Rosario Montes Morelo

c.c. 1070818651 de San Bernardo Del Viento - Córdoba

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2021-10-25

Fecha de vencimiento: 2023-10-25



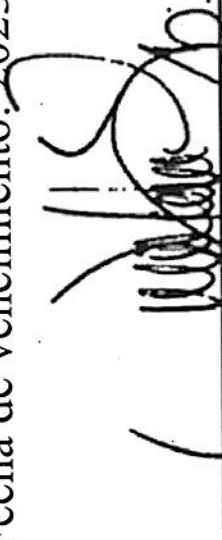
FUNDACIÓN NUESTRA

SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.org


ING. SOLANLLY COVALEDA

Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO

Jefe de Enfermería

CP 3206

Docente.



ROSA GUZMAN

ESP. Orientación Educativa

Desarrollo Humano

Docente Especialista

SERVICIOS INTEGRADOS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y ACCIONES EN SALUD SAS "SINGERSALUD"

NIT 901.028.748-0

República de Colombia – Educación Informal

Decreto 4904/2009, Capít V Decreto 1075/2015 (art2.6.6.8), Decreto Ley 2150/95 Art. 46-47

CERTIFICA QUE:

GENNY DEL ROSARIO MONTES MORELO

Cc 1070818651

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

Manejo y Atención Integral de Víctima de Violencia Sexual Código Blanco

Capacitación con enfoque diferencial y de vulnerabilidad, basados en la Resolución 459 de 2012 "Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual", con una intensidad de 40 horas. Válido por el tiempo estipulado en la Resolución Número 2003 de 2014 (Norma de habilitación de entidades del sector salud), los protocolos, "procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios", Ministerio De Salud Y Protección Social.

Esperanza Muñoz

ESPERANZA MUÑOZ
COORDINADORA DE CAPACITACION

Edgar Villalaz

TESORERÍA

BOGOTÁ D.C. 10 DE OCTUBRE DE 2019

Curso VVS30-1019R105

PLAN DE TEMAS

Normatividad, antecedentes y la violencia sexual en el marco de SGSSS.

Antecedentes de Calidad y Habilitación.

Resolución 459 de 2012 desde el Marco General.

Atención de la Violencia Sexual en el Marco de SGSSS.

Cuadro de Procesos y Procedimientos Incluidos en el SGSSS.

Calidad, violencia sexual en Colombia y atención integral

Resolución 2003 de 2014 servicio de urgencias (estándares de medicamentos, insumos y dispositivos médicos y procesos prioritarios).

Violencia sexual en Colombia.

Promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia sexual.

Atención integral de la violencia sexual en el sector salud. Proceso de atención de la mujer

Protocolo de atención clínica a víctimas de violencia sexual.

Proceso de denuncia formal o no formal.

Entrega de materiales probatorios.

Salud mental y kit de víctimas de violencia sexual

Recomendaciones Para el Examen Físico de Víctimas de Violencia Sexual.

Cuidado de la Salud Mental Ante Violencia Sexual.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre *	Primer Apellido *
Cédula de Ciudadanía	1070818651		

[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)**Resultado General -2021-09-01 -11:07:01 PM -2**

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido
CC	1070818651	GENNY	DEL ROSARIO	MONTES

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, CC 1070818651 registra La siguiente

2021-09-01 -11:12:03 P**Información Académica**

Tipo Programa	Origen Titulo	Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer	Acto Administrativo	Entidad Reporte
AUX	Local		Auxiliar en enfermería	2014-05-12	23001412	SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD

presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



01-0922

ADOR

OBSERVACIONES:

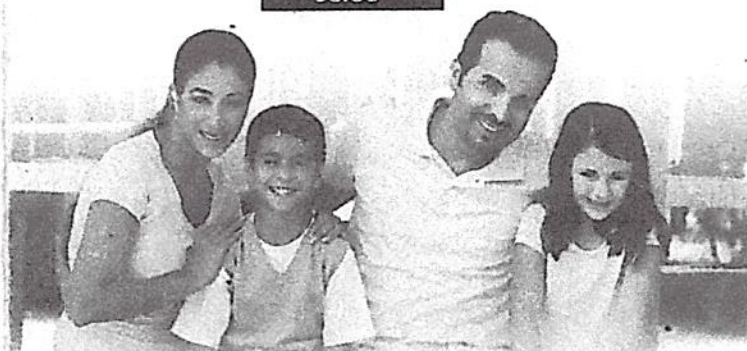
Caja de Compensación Familiar

APROBADO: Infe. Sección Prevención y Salud Laboral. **VERSIÓN: 3**

24-03-2016 P: 5822



Salud



*Nos apasiona Verte
vital y saludable*

Carné de Vacunación

Nombre: Genny de Rosario Montes

Identificación: 1070818651 Teléfono: _____

Dirección: _____

Centro de Atención

 Centro Nacional de Herencia Cultural y Comunitaria

		FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
HEPATITIS E		20/02/2019.		
	2ª	19 OCT 2023	Altavaca	len
	3ª	19 Ab 202		

49710T			
HEPATITIS A	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°
	1ª	21 FEB 2019	
	2ª	15 OCT 2019	

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACINADOR
VARICELA	1ª			
	2ª			

INFLUENZA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	FOTE N°	VACUNADOR
	1ª			
	2ª			

FIEBRE AMARILLA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
T.O.	1ª	20 Feb 2019	22150071C	...
	2ª	15 OCT 2019	22150071C	...
	3ª	19 OCT 2020	233870	...
	4ª	19 OCT 2021		...
	5ª			...

VPH	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1ª			
	2ª			
	3ª			



Manuf: 27093044

DATE: 21072018
N3K52
08-2018

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D. C. 20535

traerlo en cada consulta
buen estado.



7130

07042018

R3E14

03-2021

IM 160U
NTPA LAMPA TITAN 2

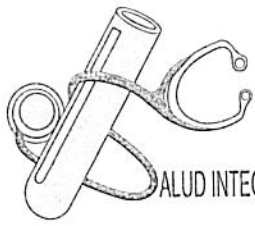
A. ACHC-180A
1/16" x 1/2" x 1/2"
180A

* Neumococo refuerzo cada 5 años ** Influenza (Gripe) refuerzo anual

VAGUNA		Dosis	Refuerzo	Lot	Fecha	Aplicador	Firma
Hepatitis B	1ª Dosis						
	2ª Dosis						
	3ª Dosis						
	Refuerzo						
Hepatitis A	1ª Dosis						
	2ª Dosis						
	1ª Dosis						
	1ª Dosis						
Triple Viral	1ª Dosis						
	1ª Dosis						
	1ª Dosis						
	1ª Dosis						
Varicela	1ª Dosis						
	1ª Dosis						
	1ª Dosis						
	1ª Dosis						
Neumococo	1ª Dosis						
	1ª Dosis						
	1ª Dosis						
	1ª Dosis						
Tetánico	1ª Dosis						
	2ª Dosis						
	3ª Dosis						
	Refuerzo						
Influenza	Fluorad® 0.5 ml L U3380AA 16ENE20 16ENE21 Dependier						
Otros	CONTROLAR ALUD INTEGRAL SAS NIT. 830.103.479-8 VACUNACION						

Nombre: Geny montes
 Doc. de Identidad: 1030818651
 Dirección: CRA 1405 # 1334 - 09
 Teléfono: 320 555 1428





Controlar

ALUD INTEGRAL S.A.S.

Sede La Castellana - Carrera 45A No. 94-91 PBX: 742 0428/29/30
 asistente@controlarsalud.com - asistenteadmon2controlar@gmail.com
 gerencia@controlarsalud.com - Cel. Corporativo: 310 793 4325
 320 847 9131 - 320 811 1444 - 311 589 3741 - Bogotá, D.C. - Colombia



www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud



Certificado de vacunación

Nombres: Genny del Rosario

Apellidos: Montes Morelo

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1070818651

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 08 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	25/02/21	PFIZER	EN 1195	HOMIL	Angie Niño	52.853.121
	2	12/03/2021	PFIZER	EN 1195	HOMIL	Angie Niño	52853121

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14513007571



(415)7707212489984(8020) 000001451300757 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 7 0 8 1 8 6 5 1

2

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

1 0 7 0 8 1 8 6 5 1

2 0 1 0 0 8 0 2

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

6 7 5

COLOMBIA

1 6 9

Córdoba

2 3

San Bernardo del Viento

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

MONTES

MORELO

GENNY

DEL ROSARIO

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

CR 110 B 133 A 09 P 2 BRR SUBA VILLA MARIA

42. Correo electrónico

genny2010delrosario@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 5 5 5 1 4 2 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código 47. Fecha inicio actividad

48. Código 49. Fecha inicio actividad

50. Código 1 2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 9 2 2 0 1 4 0 1 0 1

8 2 9 9 2 0 1 4 0 1 0 1

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

Código 4 9

- No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 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 57. Modo 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2019 - 05 - 20

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GENNY DEL ROSARIO MONTES MORELO identificado(a) con CC 1070818651 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/07/2017
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 20 días del mes septiembre del 2021.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales



**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:

GENNY DEL ROSARIO MONTES MORELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.070.818.651, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 29 de Julio 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.



CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE: MONTES MORELO GENNY DEL ROSARIO
IDENTIFICACIÓN: CC 1070818651
INICIO VIGENCIA: 11/12/2020
FECHA INICIO CONTRATO: 01-12-2020
FECHA FIN CONTRATO: 31-10-2021
TIPO DE TRABAJADOR: Independiente
SEDE: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
CLASE: 3
TASA: 2,436

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
CC /NIT: NI 830040256
CONTRATO: 24890
SEDE: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
INICIO VIGENCIA CONTRATO: 01/08/2000
ESTADO ACTUAL CONTRATO: ACTIVO

La presente se expide a los 29 días del mes de julio del año 2021.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 29/07/2021 22:22:45. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-07-07, 01:48:34 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Periodo Cotización: junio de 2021 Periodo Servicio: junio de 2021
Número Planilla: 1038263834 Referencia pago (PIN): 8835602770

PAGADO 07/07/2021

DATOS DEL APORTANTE

Nombre Social	GENNY DEL ROSARIO MONTES MORELO
Identificación	CC-1070818651
Forma de Empresa	INDEPENDIENTE
Forma de Persona	NATURAL
Dirección	BOGOTÁ D.C.
Departamento	BOGOTÁ D.C.
Identificación	BOGOTÁ D.C.
ARP	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES
Afiliados	1

TALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total				
Edad	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Sumo Columna	RET	RET P	TUE	TUE P	TAF	TAF P	VAC	VAC P	NO	NO P	DAE APT	DAE APT P	DAE EPS	DAE EPS P	DAE OCA	Administradores	IBC Pension	Administradores	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradores	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte BSA	Aporte NCP	ESAP	Aporte miniterno	Total
55	GENNY DEL ROSARIO MONTES	58	00											0	30	30	30	30	2330303	\$ 145.526	\$ 608.526		\$ 113.600	2.436	\$ 908.926	\$ 22.200		\$ 908.526		\$ 18.236	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 299.420

TOTALES

IC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sana	Aportes ICDF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 145.400	\$ 113.600	\$ 22.200	\$ 18.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 209.400	\$ 0	\$ 209.400