ENTIDAD O INSTITUCION

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** ◯ **N** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE C.C◯ C.E◯ T.I.◯	No.

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

22 - NOV - 2017 Bta
CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su Nombre la

Institución Educativa Distrital Pablo de Tarso

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.,
según Resolución Nº 2197 del 30 de Julio de 2002

Confiere a:

Viviana Clementina Sánchez Guarnizo

Identificado(a) con T.I. No. 850117-33579 de Santafé de Bogotá D.C.

El título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Académica, según los planes
y programas vigentes.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL PABLO DE TRASO J.T. EDUCACION Y EXCELENCIA

Rector

Secretaria

Anotado al folio 002 del Libro de Registro Nº 004

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2002

La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto de Capacitación Técnico Laboral
Santafé de Bogotá

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 803 del 15 de Marzo de 2000
Acuerdo Ejecutivo No. 35 del 28 de Septiembre de 1999 del Ministerio de Salud

Educación No Formal

Certificado de Técnico Laboral
A

Viviana Clementina Sánchez Guarnizo

C.C. 53.132.382 de Bogotá

En
Auxiliar de Enfermería

Quien cumplio satisfactoriamente los requisitos
Académicos y Prácticos con una intensidad horaria de 1835 horas.

INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICO LABORAL SANTAFE DE BOGOTA

INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICO LABORAL SANTAFE DE BOGOTA

Directora del Instituto

Secretario del Instituto

Anotado al Folio No. 625 del Libro de Registro No. 1

Dado en Bogotá D.C a 09 de Julio de 2005

No requiere registro, "según Decretos No 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995"

Fise

ACTA DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL PABLO DE TARSO

Carrera 83 No. 65-04 Sur
Teléfono 780 3083 – Bogotá D.C:
Jornada Nocturna

Dane: 11110200287

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 10 días del mes de Diciembre de 2002 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL PABLO DE TARSO,** Institución aprobada hasta nueva determinación, en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 2197 del 30 de Julio de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

Viviana Clementina Sánchez Guarnizo
Identificado(a) con T.I. No. 850117-33579 de Santafé de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 004 del 10 de Diciembre de 2002 que consta de 98 alumnos graduados, comienza con el nombre de DENIS OMAIRA AGUDELO BURBANO y se cierra con el nombre de YENNY VARELA ALVARADO Firmada y sellada por **Lic. ANGEL ALBERTO GARCÍA BERMÚDEZ** (Rector) y **CLAUDIA MARIBEL RINCÓN CALDERÓN** (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C. a los 10 días del mes de Diciembre de 2002

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

Rector
Lic. Angel Alberto García Bermúdez
C.C. No. 3.176.418 de Soacha

Secretaria
Claudia Maribel Rincón Calderón
C.C. No. 52.070.311 de Bogotá

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá a los nueve (9) días del mes de Julio de 2005, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último ciclo, los suscritos Directora General y Director Académico, en la dirección del Instituto aprobado según acuerdo Ejecutivo No. 35 de Septiembre 28 de 1999 del Ministerio de Salud y por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C. con la resolución No. 803 de Marzo 15 de 2000, en el nivel de Técnico Laboral, para otorgar el certificado que lo acredita como ***Técnico en Auxiliar de Enfermería***.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel Técnico Laboral se procedió a otorgar el certificado de ***Técnico en Auxiliar de Enfermería*** al graduando, cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombre: ***SANCHEZ GUARNIZO VIVIANA CLEMENTINA***. Cédula de ciudadanía No. 53.132.382 de Bogotá. Es fiel copia tomada del Acta original General No. 013 de fecha Julio 9 de 2005 que consta de cincuenta y nueve (59) alumnos graduados, comienza con el nombre de ***ACOSTA LUZ YASMIN*** y cierra con el nombre de ***VARGAS VARGAS LUIS ALEJANDRO***.

Firmado y sellado por YOLANDA DELGADO GIRALDO (Directora General)

Dada en Bogotá, D.C. a los nueve (9) días del mes de Julio de 2005

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Art. 7 del decreto 180 de 1981

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994.

Directora General
C.C. No 41.621.311 de Bogotá

Bogotá, D.C

Señores

Instituto de capacitacion tecnico laboral Santa Fe

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Viviana Sanchez Guarnizo, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE,** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Auxiliar de Enfermeria

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: [signature]

No. de documento: 53132382

Tarjeta profesional No.: 53132382

Dirección de contacto: Cra 87 I N° 54 D 43 Sur

Teléfono: 3138523061

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.132.382**
SANCHEZ GUARNIZO

APELLIDOS

VIVIANA CLEMENTINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ENE-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-ENE-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00870666-F-0053132382-20161212 **00525**23877A 1 1314200225

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14396050570

(415)7707212489984(8020) 000001439605057 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 1 3 2 3 8 2	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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	5 3 1 3 2 3 8 2	2 0 0 3 0 1 2 4

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
SANCHEZ	GUARNIZO	VIVIANA	CLEMENTINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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 87 I 54 D 43 SUR BRR BRASILIA III

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
Gurizati08@hotmail.com		7 2 3 6 5 9 1	3 1 3 8 5 2 3 0 6 1

CLASIFICACION

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 X NO

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 2 0 1 6 1 1 2 4

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ROMERO SANDRA FABIOLA

985. Cargo: Gestor I

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-11-2016
Hora: 10:09:54 AM

CONTRIBUYENTE NIT 53132382-8 VIVIANA CLEMENTINA SANCHEZ GUARNIZO

Información General

Dirección KR 87I 54D 43 SUR

Teléfonos 7236591 / 3138523061
Dirección electrónica GURIZATI08@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2015
Soporte Inscripción 18740667
Fecha Inicio Actividades 24/11/2016
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001392106

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
22-09-2006

SANCHEZ GUARNIZO

VIVIANA CLEMENTINA

CC 53132382

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SALUD

12

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D.C.

Resolución No 7412 *de* 05/09/2005

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SANCHEZ GUARNIZO VIVIANA CLEMENTINA Identificado(a) con CC número 53132382 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INST. DE CAPACITACION SANTAFE DE BOGOTA el día 09/07/2005 y registrado en el libro 1 Folio 25 año 2005

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a SANCHEZ GUARNIZO VIVIANA CLEMENTINA identificado(a) con CC número 53132382 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el titulo o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 05/09/2005

WILLIAM ALBERTO ROBLES CANNEGRA
Director de Desarrollo de Servicios.

Bogotá, D.C 28 DE SEPTIEMBRE DE 2005
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) VIVIANA SANCHEZ
CC. # 53'132382
Firma

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Secretaría General Unidad Imprenta Distrital

ción diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

dentificación *

de Ciudadanía

Número de Identificación *

53132382

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Nombre	SANCHEZ GUARNIZO VIVIANA CLEMENTINA				11175026
Identificacion	CC 53132382	Tel.		Fecha de recepcion:	17-Nov-2016 5:10 pm
Edad	31 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo F		Fecha de impresion:	18-Nov-2016 6:52 am
Medico	MEDICOS VARIOS			Empresa	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA E.U.
No. Ordenamiento	58206			Sede	REFERENCIA
				Fecha Validacion	17-Nov-2016 10:40:00p.m.

Final

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

LUISA FERNANDA VASQUEZ CHAVES
CC 1.019.066.252
BACTERIOLOGA

ELSY YANNETH OSPINA BELTRAN
C.C. 20,644,959
BACTERIOLOGA

OLAYA S.A.S
INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3
SALUD OCUPACIONAL PARA EMPRESAS
RESOLUCION Nº 6227

RH. QUIMICA SANGUINEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA. 16-11-2016.

MOTIVO DE EVALUACIÓN:

INGRESO [X] PERÍODO [ ] RETIRO [ ] TRABAJO EN ALTURAS [ ]

El suscrito médico especialista en salud ocupacional, hace constar que en la fecha ha realizado evaluación médica a:

NOMBRE: Viviana Clementina Sanchez Guarnizo

C.C. 53.132 382 TELÉFONO. 7236591

EVALUACIONES REALIZADAS

Examen médico X
Audiometría —
Visiometría —
Laboratorio Clínico —

NOMBRE DE LA EMPRESA: Hospital Santa Clara
CARGO: Aux. Enfermeria

CONCEPTO DE VALORACIÓN MÉDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGIA X CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR ___
APTO CON RESTRICCIÓN ___ TIPO DE RESTRIICCIÓN: ___

APLAZADO ___ PARA ___

NO APTO ___ POR ___
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR ___

RETIRO

SATISFACTORIO ___
NO SATISFACTORIO ___ PORQUE? ___

PERIÓDICO

SATISFACTORIO ___
REQUIERE REUBICACION ___

RECOMENDACIONES Pausas Activas, Actividad fisica diaria, Higiene postural.

REMISIÓN A: N/A

FIRMA PROFESIONAL: Dario Josue Granado
MEDICO SALUBRISTA OCUPACIONAL
R.M. 10521704 Stda

FIRMA TRABAJADOR
C.C.: 53132382



FUNDACION FUNDEINPRO

La fundación educativa FUNDEINPRO convenio interinstitucional con la ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA FORMATES resolución de aprobación 820 marzo 14 de 2003 y 2271 Junio 22 de 2006 S.E.B acuerdos 43 y 062 expedidos por el ministerio de salud Y 110155 DE JULIO DE 2011
TELEFONO: 4039309

HACE CONSTAR QUE

SANCHEZ GUARNIZO VIVIANA CLEMENTINA

C.C. 53.132.382 de Bogotá

ASISTIO AL CURSO TEORICO DE SOPORTE VITAL
DADO EN BOGOTA EL DIA 10 DE JUNIO 2016 – 120 HORAS

FUNDACIÓN FUNDEINPRO
NIT.: 900.709.510-4
Dr. Jhonny Llanos C.
Director General

DR. JHONNY LLANOS CORREA
REG.PRO.80.748.793
DIRECTOR GENERAL DE FUNDEINPRO

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: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	24-11-17	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sanchez	Guarnizo	Viviana	Clementina

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	53132382	Bogota	2003 01 24
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
17-01-85	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	2	2	3133523061

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐ TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐ OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	CUAL:		Auxiliar de enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 87i N° 54D 43 Sur	Bogota		Colombia	7236591

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒
Guarzati03@hotmail.com				

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	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8692	
		ICA	SI ☐	NO ☒		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	

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

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: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subdred integrada de servicios de Salud centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒	# NIT
		900959051 7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ INCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ ☐

OTRA ☐ CUAL X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 18 # 1-45 Sur	3283105	Bogota	Cundinamarca	colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de enfermeria	FECHA VINCULACION		22-12-16

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIO	1'400.000	GASTOS FAMILIARES	400.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	0	ARRIENDOS	600.000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	0	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	1'400.000	TOTAL EGRESOS*	1000.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sanchez	Guarnizo	Viviana	Clementina
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Cra 87 1 b 54 D 43 Sur	Bogota cundinamarca colombia	Laboral	3138523061

REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. 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.):

Aux de enfermeria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo 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 lo 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 licitas.
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

9. 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 de la tarjeta profesional del contador legible
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 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 utilizacion no requerirla 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 tambien seran tratados para fines comercials, razon 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.

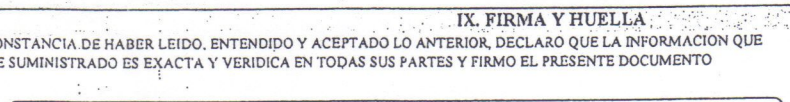
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboracion de estudios tecnicos , estadisticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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 finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la seleccion de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion 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 haran 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 capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionaldo 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 onsecuencia, 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, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 – 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlaf@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se 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".

IX. 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

DAVIVIENDA

Fogafín Seguridad para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

H.01

CUENTA DE AHORROS
0053 0049 5842

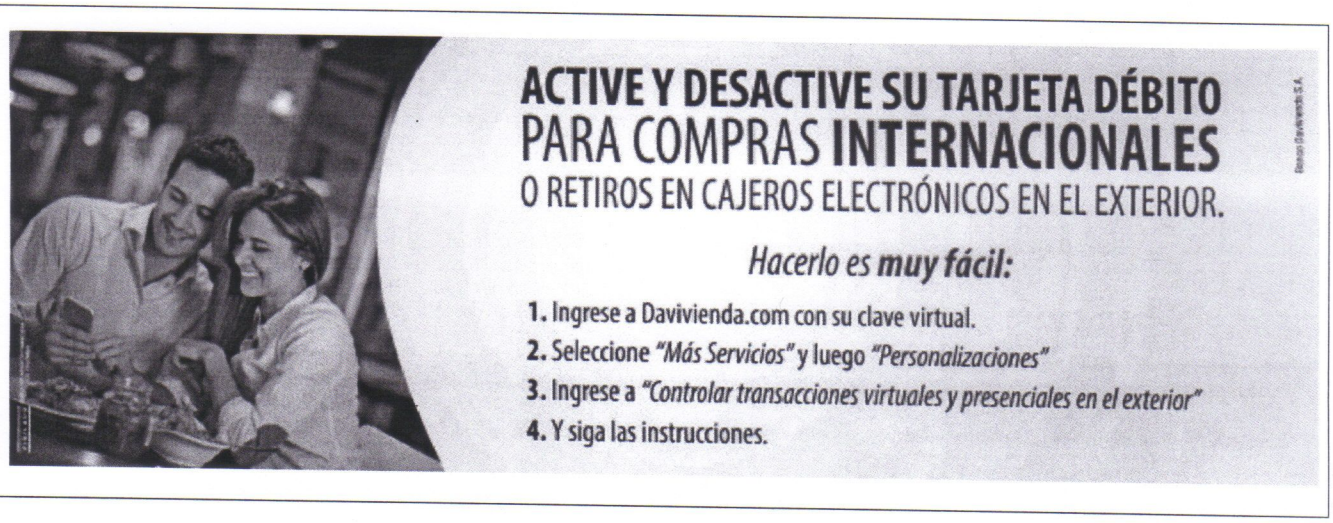
INFORME DEL MES: OCTUBRE /2017

Apreciado Cliente
VIVIANA CLEMENTINA SANCHEZ GUARNIZO
GURIZATI08@HOTMAIL.COM

Saldo Anterior	$493.78
Más Créditos	$2,130,821.88
Menos Débitos	$2,130,880.00
Nuevo Saldo	$435.66
Saldo Promedio	$69,238.07
Saldo Total Bolsillo	$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha		Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
05	10	$ 649,217.00+	8685	Abono Bco BBVA 0000000800240882	PROCESOS ACH
05	10	$ 2,017.00-	8785	Cobro Transf. Recibida Otra Entidad	PROCESOS ACH
06	10	$ 640,000.00-	5893	Retiro en Cajero Automatico.	METRO BOSA
06	10	$ 1,481,599.00+	6575	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
07	10	$ 1,480,000.00-	1255	Retiro Efectivo en Ofic. con Tarjeta.	TREBOLIS EL PORVENIR
31	10	$ 383.00-	0000	IVA por Servicios	
31	10	$ 8,480.00-	0000	Gravamen a los Movimientos Financieros	
31	10	$ 5.88+	0000	Rendimientos Financieros.	



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este producto cuenta con seguro de depósitos
Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.
Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: Carlos Mario Serna Dirección: Calle 72 No. 6 - 30 Piso 18 en Bogotá. PBX: 6092013 Fax: 4829715 Correo Electrónico: defensordelcliente@davivienda.com
Para mayor información en www.davivienda.com

DAVIVIENDA

Fogafín Seguridad para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

CUENTA DE AHORROS
0053 0049 5842

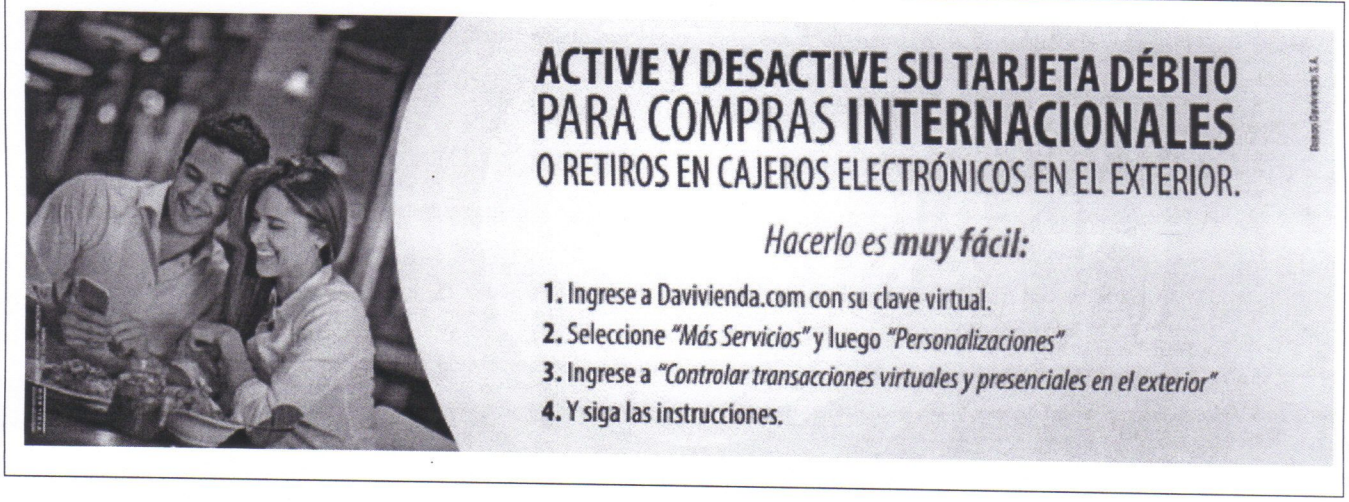
INFORME DEL MES: SEPTIEMBRE /2017

Apreciado Cliente
VIVIANA CLEMENTINA SANCHEZ GUARNIZO
GURIZATI08@HOTMAIL.COM

Saldo Anterior	$6,084.62
Más Créditos	$2,426,730.12
Menos Débitos	$2,432,320.96
Nuevo Saldo	$493.78
Saldo Promedio	$1,497.02
Saldo Total Bolsillo	$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha		Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
05	09	$ 2,017.00-	0741	Cobro Transf. Recibida Otra Entidad	PROCESOS ACH
05	09	$ 649,217.00+	0641	Abono Bco BBVA 0000000800240882	PROCESOS ACH
05	09	$ 640,000.00-	7904	Retiro en Cajero Automatico.	METRO BOSA
05	09	$ 7,240.00-	1718	Compra METROBOSA	FRANQUICIA VISA
08	09	$ 1,777,513.00+	4567	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
08	09	$ 1,773,000.00-	5226	Retiro Efectivo en Ofic. con Tarjeta.	TREBOLIS EL PORVENIR
30	09	$ 9,680.96-	0000	Gravamen a los Movimientos Financieros	
30	09	$ 383.00-	0000	IVA por Servicios	
30	09	$ 0.12+	0000	Rendimientos Financieros.	



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Fogafín Seguridad para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

CUENTA DE AHORROS
0053 0049 5842

INFORME DEL MES: AGOSTO /2017

Apreciado Cliente
VIVIANA CLEMENTINA SANCHEZ GUARNIZO
GURIZATI08@HOTMAIL.COM

Saldo Anterior	$3,923.06
Más Créditos	$2,574,801.56
Menos Débitos	$2,572,640.00
Nuevo Saldo	$6,084.62
Saldo Promedio	$89,050.93
Saldo Total Bolsillo	$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha		Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
04	08	$ 649,217.00+	0563	Abono Bco BBVA 0000000800240882	PROCESOS ACH
04	08	$ 2,017.00-	0663	Cobro Transf. Recibida Otra Entidad	PROCESOS ACH
05	08	$ 640,000.00-	5817	Retiro en Cajero Automatico.	METRO BOSA
08	08	$ 1,925,577.00+	0330	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
09	08	$ 720,000.00-	2834	Retiro en Cajero Automatico.	KENNEDY REMOTO BOG
09	08	$ 720,000.00-	2836	Retiro en Cajero Automatico.	KENNEDY REMOTO BOG
09	08	$ 480,000.00-	2838	Retiro en Cajero Automatico.	KENNEDY REMOTO BOG
31	08	$ 383.00-	0000	IVA por Servicios	
31	08	$ 7.56+	0000	Rendimientos Financieros.	
31	08	$ 10,240.00-	0000	Gravamen a los Movimientos Financieros	



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) VIVIANA CLEMENTINA SANCHEZ GUARNIZO identificado con CC 53132382 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: **07/05/2016**

IPS Cotizante: **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA**

Categoría: **A**

Estado: **ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
DANNA CAROLINA DAZA SANCHEZ	RC 1028841042	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA	BENEFICIARIO	07/05/2016	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 18 días del mes de noviembre del año 2017 .

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
EPS FAMISANAR LTDA.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

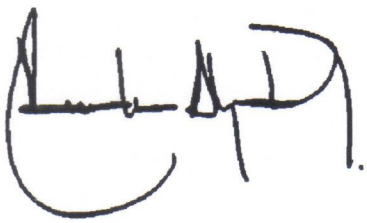
NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **VIVIANA CLEMENTINA SANCHEZ GUARNIZO**, identificado(a) con CC **53132382**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 25/09/2005

Se expide a solicitud del interesado el 21/11/2017.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

SEGUROS BOLÍVAR

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-53132382 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar



Confirmar imagen *

CONSULTAR

© 2016 - Seguros Bolívar
Todos los derechos reservados 2016

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

53132382	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

V.Uana	Clementina	Sanchez	Guarnizo
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

17-01-1985	Bogota	Cra 87i Nº 54D 43 Sur	7236591
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	teléfono fijo

Famisanar	Porvenir	mensuales
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de enfermeria	10- Enero -2018
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Gorizati08@hotmail.com	3138523061
Correo Electrónico	Celular

	Tatiana P. Clavijo Q. C.C. No. 52.431.204 Bta. Enfermera P.U.J.
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 52. 431. 204

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 101872082

WEB
04:38:37

Bogotá DC, 18 de noviembre del 2017

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) VIVIANA CLEMENTINA SANCHEZ GUARNIZO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53132382:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 19 de noviembre de 2017, a las 11:23:1, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	53.132.382
Código de Verificación	643642932017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1898966

Bogotá D.C., 18 de Noviembre de 2017 - 5:18 am

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) **VIVIANA CLEMENTINA SANCHEZ GUARNIZO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS** de BOGOTA DC.

53132382

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_8EQA5_185
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/11/2017 a las 05:18:09 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 53132382 y Nombres: SANCHEZ GUARNIZO VIVIANA CLEMENTINA

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional de Colombia**.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

19/11/2017

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora VIVIANA CLEMENTINA SANCHEZ GUARNIZO** con **Cédula de Ciudadanía** número **53132382**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550005300495842**
Fecha de apertura	**11/12/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA