## Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| Nombre | Correo electrónico | Fecha de registro | Acceso a la cuenta | Última actualización de estado | Usuario | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS | jeanmaca1@hotmail.com | 4 horas de tiempo transcurrido *(12/07/2018 02:44:35 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Aceptado | 12/07/2018 07:31:27 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Activo | Editar | Detalle |

**OPCIONES**

Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

**VER**

Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

**HERRAMIENTAS**

*Herramientas no está disponible.*

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| MAHECHA | CARDENAS | JEIMMY ANDREA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C ⊗ C.E ○ PAS ○ No. 52.374.737 | F ⊗ M ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DÍA 12 MES 12 AÑO 1978 | CALLE 50D # 13B 36 SUR |
| PAÍS COLOMBIA | PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA |
| DEPTO CUNDINAMARCA. | MUNICIPIO BOGOTÁ |
| MUNICIPIO BOGOTÁ | TELÉFONO 3202100917 EMAIL jeamaca1@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X |

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO

FECHA DE GRADO 02

MES 12 AÑO 1998

**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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TL | 6 | X | | TECNÓLOGO EN GESTION EMPRESAS DE NEGOCIOS | 07 | 2018 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE 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 | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| AUDIFARMA IPS ESPECIALIZADA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTÁ | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6914397 | DÍA 05 MES 09 AÑO 2017 | DÍA 04 MES 04 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| APRENDIZ | COHORTE COMPENSAR | AUT NORTE Nº 103B 35 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| 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)

## 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 | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| AUDIFARMA IPS ESPECIALIZADA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTÁ | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6914397 | DÍA 05 MES 09 AÑO 2017 | DÍA 04 MES 04 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| APRENDIZ | COHORTE COMPENSAR | AUT NORTE Nº 103B 35 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| 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* | | 6 MESES |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | 6 |

## 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* BOGOTÁ, 13 JULIO 2018

ANDREA MAHECHA.

*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*

Departamento Administrativo de la Función Pública

**FORMULARIO ÚNICO**
**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**
**PERSONA NATURAL**
(LEY 190 DE 1995)

| ENTIDAD RECEPTORA |
|---|
| |

## I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 52.374.737 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: BOGOTA'

| DIRECCIÓN | TELÉFONOS |
|---|---|
| Calle 50 D Nº 13B 36 SUR | 3063454 - 3207100917 |

| MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | CUNDINAMARCA | COLOMBIA |

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|
| JOSE EDUARDO MAHECHA MAHECHA | 4470 23 | PADRE |
| SAMY JULIANA CERCADO MAHECHA | 1033720448 | HIJA |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN [ ], PARA RETIRARME [ ], PARA ACTUALIZACIÓN [X], PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 9.903.726 = |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | |
| ARRIENDOS | |
| HONORARIOS | |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | |
| TOTAL | 9.903.726 = |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

c) En la actualidad : SI [X] NO [ ] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | Nº |
|---|---|---|
| JUAN MANUEL CERCADO BONILLA | C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] | 79.580.430 |

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

ANDREA MAHECHA
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

BOGOTÁ 13 JULIO 2018
CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre el

# Colegio Distrital Bravo Páez

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según,
Resolución No. 23571 del 29 de Noviembre de 1982

Confiere a:

## Jeimmy Andrea Mahecha Cárdenas

C.C. 52.374.737 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, (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario

Anotado al Folio 23 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 63

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 2 de Diciembre de 1998

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

Visual Laser Ltda.

# REPUBLICA DE COLOMBIA

LA CORPORACIÓN UNIVERSAL DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA

# CORUNIVERSITEC

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional
Mediante resolución No. 260 del 21 de Enero de 1994

Cumplidos los Estudios y Requisitos Exigidos

CONFIERE A:

## JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS

**C.C 52.374.737 de: Bogotá D.C**

EL TITULO DE:

## Tecnólogo en

# Gestión Empresas de la Salud

Se expide el presente Diploma, en testimonio de ello se firma y refrenda con el sello respectivo en Bogotá D.C a los 06 días del mes de Julio de 2018.

RECTOR

Martha Rocío Solórzano R.
SECRETARÍA GENERAL

DECANO

DIPLOMA No. 3242 ANOTADO EN EL LIBRO No. 010 FOLIO No. 525

No requiere de registro ante la Secretaria de Educación según decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Scanned by CamScanner

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

## COLEGIO DISTRITAL BRAVO PAEZ

**JORNADA TARDE**
**CALLE 37 SUR No. 23-51**
**TELEFONO 2798056**
**SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

*Inscripción S.E. 2428* *Inscripción Dane 11100125210*

*En la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los dos (2) días del mes de Diciembre de 1998, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del* ***COLEGIO DISTRITAL BRAVO PAEZ JORNADA TARDE*** *Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO; según Resolución No. 23571 del 29 de Noviembre de 1982.*

*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 ACADEMICO****; al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

*Jeimmy Andrea Mahecha Cárdenas*
***C.C. 52.374.737 de Santafé de Bogotá, D.C.***

*Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 022 del 2 de Diciembre de 1998, consta de* 122 *alumnos; comienza con el nombre de* NINI YOJANA ALDANA SAENZ *y cierra con el nombre de* LADY YUNARY VILLAMIL BECERRA*. Firmada por GENOVETH ACOSTA ARIAS (Rector) y ROSALBA LOZANO DE PINZON (Secretaria).*

*Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a 2 de Diciembre de 1998.*

*No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.*

*GENOVETH ACOSTA ARIAS*
*Rector*
*C.C. 17.144.110 de Bogotá*

*ROSALBA LOZANO DE PINZON*
*Secretaria*
*C.C. 41.405.377 de Bogotá*

# CORUNIVERSITEC

**CORPORACIÓN UNIVERSAL DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA**

Personería Jurídica No. 2286 de 1983 Resolución del M.E.N. 260 de 21-01-94

## ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá D.C, a los 06 días del mes de Julio de 2018, se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Rector, Doctor **LUIS ENRIQUE PARADA PEREZ**, en el cual la **CORPORACIÓN UNIVERSAL DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGIA "CORUNIVERSITEC"**, *autorizada para el efecto según Personería Jurídica No 2286 de 1983 y Resolución No 0260 del 21* de enero de 1994 del Ministerio de Educación y previo juramento de rigor, confirió el Título de, **TECNÓLOGO** en **GESTION EMPRESAS DE LA SALUD** a **JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía **52374737** expedida en **Bogotá D.C** quien cumplió con todas las normas legales y exigencias establecidas en los Reglamentos de la **CORPORACIÓN UNIVERSAL DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA "CORUNIVERSITEC"**; y le otorgó el diploma No **3242** que lo(a) acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C. a los 06 días del mes de Julio de 2018.

**FIRMADO POR:**

**Luis Enrique Parada Pérez**
RECTOR

DIRECTOR DE PROGRAMA

Anotada en el Libro de Actas No. 010

REGISTRO No. 3242 FOLIO No. 525

ACTA No. 525

Martha Rocío Solórzano P.
**Martha Rocío Solórzano Romero**
SECRETARIO GENERAL

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

# CORUNIVERSITEC

CORPORACIÓN UNIVERSAL DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
PROGRAMAS TECNOLÓGICOS

# DIPLOMADO EN

## SISTEMA INTEGRADO DE GESTION QHSE

CONFIERE A:

## JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS

C.C. 52.374.737 de: Bogotá D.C

Bogotá D.C. Julio 06 de 2018 - Intensidad Horaria: 120 Horas

Luis Enrique Parada Pérez
Rector

Martha Rocío Solorzano Romero
Secretaria General

Scanned by CamScanner

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003*
*otorga*
*Certificado de Competencia Laboral a*

## JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52.374.737

Quien demostró su Competencia Laboral en la
*Norma*

**NIVEL AVANZADO - Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa.**

*Código: 210601020*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los diez (10) días del mes de Octubre de dos mil diecisiete (2017)*

Firmado Digitalmente por
JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

176496 - 10/10/2017
No Y FECHA REGISTRO

JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

VIGENCIA
10 de Octubre de 2020

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9405002106010 20CC52374737C.

**ECOLVIT LTDA**

# CERTIFICA QUE

# JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS

## C.C.52.374.737

Asistió al Curso

## Atención al cliente

**LLEVADO A CABO EN AUDITORIOS DEL EDIFICIO SECRETARIA DE HACIENDA C.A.D.**
**CON UNA INTENSIDAD DE 16 HORAS.**

*EN TEMAS: Protocolo en atención al usuario y relaciones interpersonales.*

*Medidas de prevención en seguridad física*

**REALIZADA LOS DIAS 21 DE DICIEMBRE DE 2016, 14, 18,19 Y 21 DE ENERO DE 2017**

**Dado en Bogotá a los 23 días del mes de ENERO de 2017**

UNION TEMPORAL ZONA WAS

**NELSSY PEREZ OYUELA**
**DIRECTORA ACADEMICA**

**JORGE BALLESTEROS**
**REPRESENTANTE LEGAL**
**NIT. 830.039.370-0**

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

COLUNIVERSITEC

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, JEIMMY ANDREA NAHECHA CARDENAS en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

TECNÓLOGO EN GESTIÓN EMPRESAS DE LA SALUD

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma ANDREA NAHECHA

No. de documento: 52.374.737

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: CALLE 500 Nº 13 B 36 SUR

Teléfono: 3202100 717 – 3063454

I.P.S. Especializada
Nit. 900.293.923-4

# CERTIFICA:

IPS ESPECIALIZADA S.A. con NIT 900,293,923-4 Certifica que el (a) señor (a) JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52,374,737 fue trabajador desde 2017/10/05 hasta 2018/04/04, quien ocupo el cargo de APRENDIZ.

Expedida en la ciudad de Pereira a los 12 de junio del año 2.018

Marco Rodriguez

**MARCO ANTONIO RODRIGUEZ MORALES**
Coordinador de Nomina y Vinculación

IPS ESPECIALIZADA

I.P.S. Especializada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.374.737**

**MAHECHA CARDENAS**

APELLIDOS

**JEIMMY ANDREA**

NOMBRES

ANDREA MAHECHA.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **12-DIC-1978**

**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA

**A+** G.S. RH

**F** SEXO

**03-FEB-1997 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00172786-F-0052374737-20090826 0015405948A 1 29142147

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 14473829947

(415)7707212489984(8020) 000014473829947

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

| 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 |
|---|---|---|---|
| MAHECHA | CARDENAS | JEIMMY | ANDREA |

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 15 49 G 27 SUR

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| jeanmaca1@hotmail.com | | 3 0 6 3 4 5 4 | 3 2 0 2 1 0 0 7 1 7 |

### 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 2 9 9 | 2 0 1 8 0 7 0 6 | | | | | | |

**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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 7 1 3

*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: MAHECHA CARDENAS JEIMMY ANDREA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 13-07-2018 05:58:04PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 14-07-2018
Hora: 11:11:15 AM


**CONTRIBUYENTE** CC 52374737 JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS

**Información General**

*Dirección* KR 15 49G 27 SUR

*Teléfonos* 3063454 / 3202100717

*Dirección electrónica* jeanmaca1@hotmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 14/07/2018

*Soporte Inscripción* 23443064

*Fecha Inicio Actividades* 06/07/2018

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 18003030305

***Fuente ICA TE TOCA***

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

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

*Consérvelo*

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

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | Jeimmy Andrea | | |
| Apellidos: | Maheca | | |
| Documento de identidad: | C.C. X | Pasaporte | No. 52374737 |
| Fecha de Nacimiento: | Día | Mes | Año |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 13 JUL 2018 | AHB UG7208 | compensar salud Paola Bernal |
| | 2 | 13- Agosto-18 | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

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

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen : COMUN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

| NÚMERO |
| --- |
| 0000073827 |

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 14/07/2018 12:13:22

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS CC 52374737

**EDAD** 39 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** DIGITADORA



**EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS**

| | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☐ NO ☑ |
| Visiometría | ☐ | Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐ | |
| Audiometría | ☐ | Cuales | |
| Espirometría | ☐ | Radiografías | |

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

**APTO PARA EL CARGO** ☑ MOTIVO PARA LABORAR

**NO APTO** ☐ MOTIVO

**OBSERVACIONES**

CONTROL MEDICO RUTINA EPS

USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

**EXÁMEN PERIÓDICO**

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

**EXÁMEN DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

DNOLEA MAHECHA.

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11336/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

*Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07*
*Tel: 2784705*

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: | 13-07-2018 | CIUDAD: | BOGOTÁ | DEPARTAMENTO: | BOGOTA |
|---|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|
| MAHECHA | CARDENAS | JEIMMY | ANDREA |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 52.374.737 | BOGOTÁ | 1997-02-03 |

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

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 12-12-1978 | BOGOTÁ/CUNDINAMARCA | COLOMBIA | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ | 1 | 1 | 3202100717 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | BACHILLER ☐ | OTRO ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☐ | TECNOLOGO ☒ | CUAL: | DIGITADOR. |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 50 D SUR Nº 13B 36 | BOGOTA | BOGOTA | COLOMBIA | 3063454 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | PROPIA ☐ | FAMILIAR ☒ | ARRENDADA ☐ |
| jeanmacal@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 |
|---|---|---|---|
| CELCADO | BONILLA | JUAN | MANUEL |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 79.580.430 | BOGOTÁ / CUNDINAMARCA | 1989-08-30 |

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 ☐ | IVA | SI ☐ | NO ☒ | Digitar el codigo del rut | 9299 |
| | | NO ☒ | 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 ☒ | |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO ☐ | SERVICIOS ☐ | AUD ☐ | # NIT | |
|---|---|---|---|---|---|

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| CARGO ACTUAL | DIGITADOR | FECHA VINCULACION | |
|---|---|---|---|

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

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

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | $ 0 | GASTOS FAMILIARES | $ 0 | AHORROS | $ 0 | SALDO HIPOTECA | $ 0 |
| HONORARIOS | $ 0 | ARRIENDOS | $ 0 | 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 | $ 0 | TOTAL EGRESOS | $ 0 | 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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| BENAVIDEZ | MERCHAN | LAURA | YURANI |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| CALLE 87 SUR #91-95 | BOGOTÁ / COLOMBIA | AMISTAD | 320 986 4727 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA** (cuenta de ahorros)

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ 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.):

*Digite su profesión* DIGITADOR

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita 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

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

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

ANDREA MATECHA

**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 ☐ | |
| **7. Firma y Cédula** | | | |

| 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:** | | |

medimás EPS

3014025514

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al reverso del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 12 07 2018

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

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: Primer apellido: MANRIQUE — Segundo apellido: CARDENAS — Primer nombre: JEIMMY — Segundo nombre: ANDREA

7. Tipo documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 52.994.937

9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento: 14 11 1979

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo ☐☐☐ Condición ☐☐

13. Puntaje SISBEN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:

16. Administradora de Pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: 781242

18. Residencia: Dirección: CRA 30 D Nº 136-36 SUR — Teléfono fijo: 3063454 — Teléfono celular: 3107166913 — Correo electrónico: jeimmacar@hotmail.com

Municipio/Distrito: BOGOTA — Zona: Urbana ☒ Rural ☐ — Localidad/Comuna: PATRIA QUIBA — Departamento: CUNDINAMARCA

### 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: Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad — 21. Número del 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: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo F | N | Condición M | Y | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | IDEMA | 9201 |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

EMPLEADOR

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

35. Nombre o razón social:

36. Tipo de documento de identificación: CC

37. Número de documento de identificación: 52.994.937-7

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación: Dirección — Teléfono — Correo electrónico — Municipio/Distrito — Departamento

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad:

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

### VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre — Tipo documento de identidad — Número del documento de identidad — Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ — Fecha de nacimiento

42. Fecha:

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 genere de la afiliación o 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, cabeza de familia o beneficiario: ANDREA MANRIQUE

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio:

### IX. ANEXOS

| | | CN | RC | TI | CE | PA | CD | CD | SC | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Anexo copia del documento de identidad: | Cantidad: | | | | | | | | | |

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 de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

RADICADO EN LA EPS
REGIONAL - CUNDINAMARCA
12 JUL. 2018
BOGOTÁ RESTREPO
ATENCIÓN AL USUARIO

### X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Departamento: Código del Municipio:

67. Datos del SISBEN: Número de ficha: Puntaje: Nivel:

68. Fecha de radicación:

69. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre — Tipo documento de identidad — Número del documento de identidad

70. Firma del funcionario: CARGO Cabeza

OBSERVACIONES: Afiliación independiente / SU SIN IDEMA

Al firmar el formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

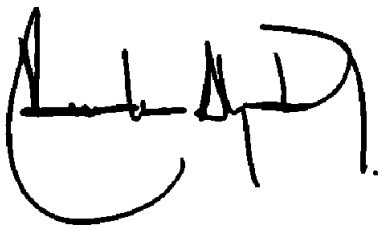
Scanned by CamScanner

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,374,737**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Julio de 2018.



_____
Gerente de Clientes

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**<br>**FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-024**<br>**VERSIÓN: 01**<br>**FECHA: 2017-08-04** |

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| | |
|---|---|
| 52.374.737 | SEGUROS BOLIVAR |
| Numero de Documento | ARL |

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|---|---|
| JEIMMY | ANDREA | NAHECHA | CARDENAS |

| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |
|---|---|---|---|
| 12-12-1978 | BOGOTÁ | CALLE 50 D Nº 13B 36 SUR | 3063454 |

| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |
|---|---|---|
| MEDIMAS | PORVENIR | $ 1.200.000 |

| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |
|---|---|
| DIGITADORA (Escriba su perfil técnico o profesión) | |

| Correo Electrónico | Celular |
|---|---|
| Jeanmaca1@hotmail.com | 3202100717 |

| Firma del Afliado | Firma y Nombre Supervisor del Contrato |
|---|---|
| ANDREA NAHECHA. | |

C.C. _____

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 112227282

WEB
15:46:40


Bogotá DC, 12 de julio del 2018

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) JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52374737:

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 CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 12 de julio de 2018, a las 19:40:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 52374737 |
| Código de Verificación | 523747371807121940 23 |

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.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2325617**

**Bogotá D.C., 12 de Julio de 2018 - 19:44 pm**

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE** de BOGOTÁ, D.C.

**52374737**

**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.

HELMULT DIONEY VALLEJO TUNJO
Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)

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: 7_4ARS_4419**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 19:48:47 horas del 12/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52374737**
Apellidos y Nombres: **MAHECHA CARDENAS JEIMMY ANDREA**

**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.

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C.
(571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

## A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2018/07/13
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora JEIMMY ANDREA MAHECHA CARDENAS
con Cédula de Ciudadanía número 52374737
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA AHORROS (DAMAS)**

Número 488400311491
Fecha Apertura 2018/07/13

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0024 OFICINA CIUDAD JARDIN

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA