

UTC -5 13:29:14
JINNA MARCELA VAL...

Búsqueda ▼ Mis procesos ▼ Menú ▼ Ir a ▼ Buscar...

Contratos → Menú → Administración de contratos

Id de página: 2000035 Ayuda

Vistas: Ultimas modificaciones Todos Seleccione

Buscar contrato

Busca (Búsqueda avanzada)

Ultimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
167438	PS 02 20 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM (UTC -05:00) Bogotá, Lima, Quito	09/30/2018 11:59:00 PM (UTC -05:00) Bogotá, Lima, Quito	JINNA MARCELA VALENCIA PARRA	7.314.805 COP	Firmado	Detalle

OPCIONES

VER

Ultimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 04-oct-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VALENCIA	PARRA	JINNA MARCELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022984747

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES MAR AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 38a # 12 sur 33

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9087780

EMAIL marcelita_9303@hotmail.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller académicos
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2008

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		Auxiliar en enfermeria	11	2010	1022984747

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 04-oct-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred integrada de servicios de salud centro Oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: Asistencial	*DIRECCIÓN*: Tv 5 este # 19- 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Rafael Uribe Uribe	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 5966600	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 11 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 1 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermería	*DEPENDENCIA*: Salud pública	*DIRECCIÓN*: Carrera 13b # 22 sur 05	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Temporales UNO-A hospital Rafael uribe	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3200977	*FECHA DE INGRESO*: DIA 24 MES 4 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 9 MES 11 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermería	*DEPENDENCIA*: Salud pública	*DIRECCIÓN*: Carrera 16 # 36- 19	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	5	9
PRIVADO	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 04-oct-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 04-oct-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JINNA MARCELA VALENCIA PARRA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022984747 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Carrera 38a # 12 sur 33 **Teléfonos** 3017263327 9087780

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SALOME CEPEDA VALENCIA	1015485072	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 18.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
SALOME CEPEDA VALENCIA	HIJA	$ 500.000,00

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 04-oct-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ⓧ **NO** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JUAN CEPEDA	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	1026550900

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 04-oct-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

Y en su nombre

El Colegio "El Virrey José Solís"

Institución Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Según Resolución No. 7560 del 24 de Noviembre de 1998.

Confiere a:

Jinna Marcela Valencia Parra

Identificado(a) con TI 93032511730

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.

Dado en Bogotá D.C., a los 5 de Diciembre de 2008.

José Darío Romero Medina
C.C. No. 19.300.098 de Bogotá
Rector

Flor Milena Cifuentes
C.C. No. 52.274.102 de Bogotá
Secretaria

Anotado en el Folio 101 del Libro para Control de Diplomas
Acta 017 Año 2.008.

No Requiere Registro de la Secretaría de Educación, según decretos Nos. 921 de 1994 del 6 de Mayo/94 expedido por el Ministerio de Educación Nacional y No. 2150 del 5 de Diciembre/95, Presidencia de la República.

COLEGIO I.E.D. EL VIRREY JOSÉ SOLÍS BOGOTA D.C.

Scanned by CamScanner

INGABO INSTITUTO

República de Colombia

SENA

Resolución 0011 Feb. 3 de 2005
Resolución 255 Ene. 20 de 2010

El INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15 - 027 de 22 de Septiembre de 2009 y 15 - 028 de 28 de Septiembre de 2009
Emanadas de la Dirección Local de Educación Localidad Antonio Nariño. Acuerdos No. 056 de 5 de Diciembre
de 2008, 120 de 23 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de Mayo de 2009, emanados del Ministerio de Protección Social

Confiere

El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como:

Técnico Laboral

A: ***Jinna Marcela Valencia Parra***

c.c. 930325-11730 de BOGOTA

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Duración del Programa 1.860 Horas

Directora

Secretaria Académica

Dado en Bogotá, D.C, a los 30 días del mes de NOVIEMBRE de 2.010

Registro folio No. 112/31 del Libro de Certificados No. 3.

V.1-06-10 187

Scanned by CamScanner

República de Colombia

INSTITUTO DE EDUCACION INGABO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15 - 027 de 22 de Septiembre de 2009 y 15 - 028 de 28 de Septiembre de 2009 emanadas de la Dirección Local de Educación Localidad Antonio Nariño. Acuerdo No. 056 de 05 de Diciembre de 2008, 120 de 23 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de Mayo de 2009 emanados del Ministerio de la Protección Social.

Certifica:

Que: **Jinna Marcela Valencia Parra**

C. C 930325-11730 *de* BOGOTA.

Realizó Prácticas de **AUXILIAR EN ENFERMERIA**

En **CAMI STA. LIBRADA - H. TUNJUELITO**

Duración **600 HORAS**

Director: (a)

BOGOTA, 30 DE NOVIEMBRE DE 2010

Ciudad y Fecha de Expedición

Scanned by CamScanner

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
"EL VIRREY JOSÉ SOLÍS "

Carrera 2 B Este No. 92-41 Sur Teléfono: 7672789 - 7672214
BOGOTÁ, D.C.

INSCRIPCION S.E. 6221

INSCRIPCION DANE. 11100178631

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de **BOGOTÁ D.C.** a los 5 días del mes de **DICIEMBRE** del año **2.008** se reunieron, los miembros del Consejo Académico, Directores de los Grados 11°, Secretaría Académica, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as), del Grado Once, que terminaron el Nivel de Educación Media.

Que según Resolución No. 7560 del 24 de Noviembre de 1998, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá y teniendo en cuenta toda la normatividad de la ley General de Educación No. 115 del 8 de Febrero de 1994, según los Artículos No. 31 y 32, de igual manera según Decreto No. 1860 Artículo 11 Numerales 2. Autoriza a la **Institución Educativa Distrital "EL VIRREY JOSÉ SOLÍS"** otorgar el Título de **Bachiller Académico.**

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el:

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

al Graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Jinna Marcela Valencia Parra

Identificado(a) con TI 93032511730

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 017 de fecha 5 de Diciembre del año 2.008 que consta de 96 alumnos que comienza con el nombre de **AGUIRRE DAVID ALEJANDRO** y se cierra con el nombre de **WILCHES SALCEDO EDWAR MAURICIO.**

Firmada por: **JOSÉ DARÍO ROMERO MEDINA** Rector y **FLOR MILENA CIFUENTES GONZÁLEZ** Secretaria.

Dada en BOGOTÁ D.C., a los 5 días del mes de Diciembre de 2008. No requiere ser registrada según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1996 MIN, ni sellos según Resolución 2150 del 5 de Diciembre de 1995.
Nota: Fiel copia del Acta registrada en los Archivos de la Institución.

Firmada y Sellada.

JOSÉ DARÍO ROMERO MEDINA
RECTOR
C.C. N° 19.500.098 de Bogotá

FLOR MILENA CIFUENTES GONZÁLEZ
SECRETARIA
C.C. N° 52.274.102 de Bogotá

Scanned by CamScanner

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009 emanadas de la Dirección Local de Educación Antonio Nariño y Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008, 120 de Diciembre 23 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 emanados del Ministerio de Protección Social.

Acta Individual de Certificacion de Tecnico Laboral

REGISTRO 112 FOLIO 31 LIBRO 3

En la Ciudad de Bogotá a los 16 días del mes de Noviembre del año 2010, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de **TÉCNICO LABORAL**, con una duración de 1860 (horas) quien cursó y culminó satisfactoriamente el Programa de **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

JINNA MARCELA VALENCIA PARRA
T.I. 930325-11730 de BOGOTA

Es fiel copia del Acta Original General Nº 33 de fecha 16 de Noviembre de 2.010, que consta de 118 alumnos que comienzan con el nombre de **PAOLA NATALY ACOSTA BARRERA** y se cierra con el nombre de **LUISA FERNANDA ZAMBRANO BONILLA** firmado por:

ELENORA ROJAS MORALES
DIRECTORA
C.C. No. 65.738.207 de Ibagué

MARIA GERTRUDIS AVELLANEDA
SECRETARIA GENERAL
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los 30 días del mes de Noviembre de 2010

Scanned by CamScanner

F-06-403-1

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1022984747		Seguros Bolivar	
Numero de Documento		ARL	
Jinna	Marcela	Valencia	Parra
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
25-Marzo-1993	Bogotá	Kr 29C # 30-75	9087780
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Coomeva	Porvenir	$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Auxiliar Enfermeria			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
marcelita_9303@hotmail.es		3017263327	
Correo Electrónico		Celular	
Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

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

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Instituto INGABO

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jinna Marcela Valencia Parra 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:

Auxiliar en Enfermeria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1022984747

Tarjeta profesional No: 1022984747

Dirección de contacto: Kr 29c # 30-15

Teléfono: 3017263327

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.984.747**
VALENCIA PARRA

APELLIDOS
JINNA MARCELA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

28-MAR-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00291960-F-1022984747-20110413 0026656106A 1 36453563

Scanned by CamScanner

Banco AV Villas
NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"
NIT 860035827 - 5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que JINNA MARCELA VALENCIA PARRA identificado con el documento No. 1.022.984.747 posee en la oficina PARQUE NACIONAL (004) una cuenta de ahorros No. 004941329 desde el 20 de Abril de 2012

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Julio de 2016

Atentamente,

Gerente Oficina Bogota Restrepo

Esta certificación tiene un costo de $ 8.250,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

F-06-403-1

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14181129944

(415)7707212489984(8020) 000001418112994 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1022984747	6	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión illquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1022984747	2011032 8

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALENCIA	PARRA	JINNA	MARCELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección: CL 49 A BIS SUR 5 M 26

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
marcelita_9303@hotmail.es		7731278	3203020661

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
8515	2012042 4						

Responsabilidades

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha: 2012 10 05

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: URIBE VARGAS JANNETH

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 05-10-2012 12:26:13PM

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 02-09-2013
Hora: 3:52:08 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1022984747-6 JINNA MARCELA VALENCIA PARRA

Información

Dirección	CL 96 SUR 3C ESTE 44
Teléfonos	7731278-3208844201
Dirección electrónica	marcelita_9303@hotmail.es
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	05/10/2012
Soporte Inscripción	14660350
Fecha Inicio Actividades	24/04/2012
Fecha Cese Actividades	
Fecha de Informe del Cese	
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8515-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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

Scanned by CamScanner



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JINNA MARCELA
VALENCIA PARRA

C.C. 1022984747

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 05/05/2011

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 4530 *de* 02/05/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación 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) VALENCIA PARRA JINNA MARCELA Identificado(a) con CC número 1022984747 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 30/11/2010.

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 VALENCIA PARRA JINNA MARCELA Identificado(a) con CC número 1022984747 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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 02/05/2011

Original Firmado por:
Bernardo Camacho Rodriguez

BERNARDO ARMANDO CAMACHO RODRIGUEZ.
Director de Desarrollo de Servicios(E).

Reviso : Yudy Rodriguez
Elaboro : Victor Sánchez

Bogotá, D.C 5-mayo-2011
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Jinna Marcela Valencia
CC. # 1022989747

Firma

Scanned by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1022984747

Primer Nombre *

jinna

Primer Apellido *

valencia

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-10-03→1:41:15 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1022984747	JINNA	MARCELA	VALENCIA	PARRA	**Ver**

Información Detallada [CC: 1022984747] JINNA MARCELA VALENCIA PARRA

2018-10-03→1:41:15 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2011/5/02	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	12-11-11	0129005 VDIC 2011	H USTLE
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	19 MAR. 2009	EX0714-B	
	2	10-Mar-1-109		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1 02-14	J5478/5	10	HRDO
Contra Influenza				
Otras				

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

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Gina Marcela
Apellidos	Valencia Parra
Documento de Identidad:	CC ☐ TI ☒ PASA PORTE ☐ No. 930325 11730
Fecha de Nacimiento:	Día: ☐☐ Mes: ☐☐ Año: ☐☐☐☐

TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACION E.U.
Nit. 900174965-3
Código de Prestador 1100117798O1

CERTIFICADO DE VACUNACION

CENTRO DE VACUNACION E.U.

NOMBRE: Marcela Valencia
C.C. & T.I. 930825711730
DIRECCION:
TELEFONO: 3731278



	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. Dosis	8C13 10	16 MAR 2009	Tania Salud
	2a. Dosis	2061106	17 ABR 2009	
	3a. Dosis	2061106	19 MAY 2009	
	Refuerzo	1434026	- 7 DIC. 2016	Inmunosalud
HEPATITIS A	1a. Dosis			
	2a. Dosis			
TRIPLE VIRAL	1a. Dosis	86120	16 MAR 2009	
	2a. Dosis	B6180	17 ABR. 2009	
VARICELA	1a. Dosis	3101472	0 3 ENE. 2017	Inmunosalud
NEUMOCOCO*	1a. Dosis			
T. TETANICO DIFTERICO	1a. Dosis			
	2a. Dosis	GA0806	25 ABR 2009	Tania Salud
	3a. Dosis	E09CCU	2 OCT 2009	
	Refuerzo	D2473	7 DIC. 2016	Inmunosalud
INFLUENZA*	1a. Dosis	CROSS AND 1203601	06-09-12	DIANA M
OTROS	Influenza U.		0 3 ENE. 2017	Inmunosalud

*Influenza(GRIPE) : Una dosis cada año

Scanned by CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010561901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 28 DE JULIO DEL 2016

EXAMEN: ☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRE: JINNA MARCELA VALENCIA PARRA EDAD: 23 SEXO M ✓

C.C/T.I.: 1.022.984.747 Tel.: Cel.: 3017263327

EMPRESA: HOSPITAL SAN BLAS CARGO: AUX DE ENFERMERIA

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Valoración Medica Laboral

	NORMAL	ANORMAL	
Espirometria			
Audiometria			
Visiometria			
Electrocardiograma			
Psicología Laboral			
Radiología (Tunel/Cargo, Columna, Tórax)			

	NORMAL	ANORMAL	
Dermatología	✓		
Osteomuscular	✓		
Cardiovascular	✓		
Vacunas			
Prueba de Equilibrio	✓		
Otros			

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL	
Cuadro Hematico IVG			
Serología			
Glicemia			
Colesterol			
Triglicerios			

	NORMAL	ANORMAL	
Parcial de Orina			
RH			
Varios			

Impresión Diagnóstica 1) Juicio sano.

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

Apto para trabajos seguro en alturas y espacio confinados ☐ **Según Res. No. 1409 del 25 de Julio de 2012** ☐

Apto para trabajos en superficie ☑ **Apto para el cargo** ☑

Aplazado ☐

No Apto ☐

Exámen Periódico Satisfactorio SI ○ NO ○ **Exámen de Egreso Satisfactorio** SI ○ NO ○

RECOMENDACIONES

1.	Higiene Postural	✓	6.	Control Audiometrico	✓	11.	Estilos de Vida Saludable ✓
2.	Pausas Activas	✓	7.	Uso de Doble Proteccion Auditiva	✓	12.	Evitar Posturas Prolongadas ✓
3.	Ergonomia del Puesto de Trabajo	✓	8.	Control Optometrico Periodico	✓	13.	Uso de Medias de Compresión Graduado
4.	Uso de Elementos de Protección Personal	✓	9.	Uso de Lentes	✓		
5.	Valoración por Medicina Ocupacional	✓	10.	Control de Tension Arterial	✓		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Firma Trabajador: C.C. No. 1022984747 Huella

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS
EL DIVINO NIÑO JESÚS
Dr. Hugo R. Nieto R.
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
SST Lic. 251396
RM

"El autocuidado es parte de la cultura laboral"

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umeditda@gmail.com - info@umedips.com
www.umedips.com

Scanned by CamScanner

Escuela de Auxiliares en Enfermería

E.S.A.E.

Formamos vidas para dar lo que no tiene precio. La Salud

INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Resolución 15-005 de Febrero 8 de 2016, Sec. de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No 00312 de Diciembre 10 de 2015, Min. De la Protección Social.

CERTIFICA A:

JINNA MARCELA VALENCIA PARRA

C.C. 1.022.984.747 Bogotá D.C.

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BASICO

Intensidad 20 Horas

MARTHA AMAYA
Sub- Gerente

Bogotá D.C Abril 22 de 2016

Avenida 1 de Mayo No 30-33

Scanned by CamScanner

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred integrada servicios de salud centro Oriente San Blas

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Tv 5 Este #19-80 Sur	571/7891100	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar Enfermería		**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	1'500.000	GASTOS FAMILIARES	800.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	400.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1'500.000	TOTAL EGRESOS	1'200.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	Transporte, Alimentación		

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
Bejarano	Bejarano	Constanza	Lorena
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	Bogotá	Amiga	3018833779

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Av Villas	Cta Ahorro	004941329	Parque Nacional	

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 EXTRANJERA ☐ 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.):

De mi actividad como Auxiliar de Enfermería en la unidad San Blas

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 aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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:	04-10-18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido 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		
Valencia	Parra	Jinna	Marcela		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C ☐	NUIP ☐	1022384747	Bogota	11-03-2011
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
25/03/93	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒	1	1	3017263327

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kr 38A # 12-33 Sur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	9087780

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
marcel.ta.9303@hotmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cepeda	Marcia	Juan	Gabriel

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C ☐	NUIP ☐	1026550900	Bogotá	06/04/2004
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO ☐ ☐			NACIONALIDAD: Colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

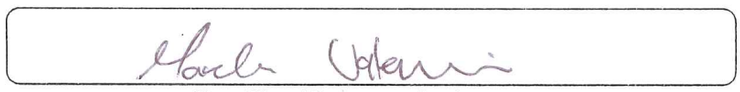
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. . . . ☐		

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

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

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 ☐	
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:		

Coomeva | EPS

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS

(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

La afiliada JINNA MARCELA VALENCIA PARRA identificada con CC-1022984747 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las líneas gratuitas: 01 8000 110 779 ó 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Octubre 03 de 2018.

Cordialmente,

Director Nacional Ingresos

1022984747

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

Cre. Oct/2015 EPS-FT-1143

y aprende más

Cuéntale a tus amigos Like 645

Certificado de Afiliación

a un clic

Bienvenido. Ahora podrás obtener tu certificado de afiliación con Porvenir de manera rapida, sólo tienes que seguir los siguientes pasos:

1. Ingresa tu tipo y número de documento, y haz clic en Continuar.

2. Si tienes Pensiones Obligatorias y/o Cesantías, podrás descargar el certificado haciendo clic en Generar Certificado.

JINNA MARCELA VALENCIA PARRA
(Cedula 1022984747), tienes los siguientes productos activos en Porvenir:

PO ✓ Pensiones Obligatorias

Regresar Descargar

Todos los Derechos reservados Porvenir ©2015

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 116228778

WEB
13:51:08

Bogotá DC, 03 de octubre 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) JINNA MARCELA VALENCIA PARRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022984747:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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 miércoles 03 de octubre de 2018, a las 13:52:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022984747
Código de Verificación	1022984747181003135247

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2473600

Bogotá D.C., 3 de Octubre de 2018 - 13:54 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) **YINNA MARCELA VALENCIA PARRA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE** de BOGOTA DC.

1022984747

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.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:55:25 horas del 03/10/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1022984747**

Apellidos y Nombres: **VALENCIA PARRA JINNA MARCELA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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.

Banco AV Villas
NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"
NIT 860035827 - 5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que JINNA MARCELA VALENCIA PARRA identificado con el documento No. 1.022.984.747 posee en la oficina PARQUE NACIONAL (004) una cuenta de ahorros No. 004941329 desde el 20 de Abril de 2012

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Julio de 2016

Atentamente,

Gerente Oficina Bogota Restrepo

Esta certificación tiene un costo de $ 8.250,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

F-06-403-1

Scanned by CamScanner

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1022984747	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Jinna	Marcela	Valencia	Parra

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
25-03-1993	Bogotá	Kr 38a # 12-33	9087780

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Coomeva	Porvenir	$ 1'500.000 =

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar Enfermeria	

Correo Electrónico	Celular
marcelita9303@hotmail.es	3017263327

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

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

Scanned by CamScanner