1

Clasificador de E... | Recibidos (92) - ... | img759.pdf | Confirmación d... | img759.pdf

Seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Company/CompanyRegisterConfirmation/Index

Colombia Compra Eficiente

Buscar por proceso Menú

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro conduzca la sesión.

Felicitaciones Gisselle hernandez ardila.

giselle hernandez ardila con el NIT 1073133137 creada

Su usuario es el usuario administrador. usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios

Haga clic aquí para continuar >

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización 07 dic 2015

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
HERNANDEZ	ARDILA	GISELLE YISNEY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C C (X) C E ( ) PAS ( ) No 1074133137

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES DIC AÑO 1991

PAIS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Cáqueza

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

CALLE 3 NUMERO 2- 18

PAIS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Cáqueza TELEFONO 00

EMAIL estefi-2352@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)

EDUCACION BASICA											TITULO bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° X	MES NOVIEMBRE 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 ENFERMERIA	6	2010	1074133137

Scanned by CamScanner

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

SIGEP

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

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.

SIGEP

Última Actualización 07/dic/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
PUBLICO	3	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

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 PUBLICOS 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 UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95)

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 7 diciembre/2018

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

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

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

SI AP

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1074133137 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Cáqueza

Dirección CALLE 3 NUMERO 2- 18 **Teléfonos** 3102688150 00

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
FLOR ALICIA ARDILA HERRERA	39728360	MADRE
ANDRES SEBASTIAN CALDERON	1074135240	HIJO(A)
LUIS JAIME HERNANDEZ	11408939	PADRE

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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.925.200,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.925.200,00

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
davivienda	ahorro	469400028897	caqueza	$ 10.000,00

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

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

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.

SI AP

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

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** (X) **NO** ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
CARLOS ANDRES CALDERON ROJAS	C.C (X) C.E ( ) T.I. ( )	1074129758

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. 07-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

4

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Departamental Urbana de Cáqueza

Jornada Completa

Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución No 3334 del 17 de Julio de 2.003.

Confiere a

Giselle Yisney Hernández Ardila

T.I 91122952270 Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, conforme al Artículo 28 ley 115 de 1994, de acuerdo con los planes y programas vigentes.

Juan Mauricio Pardo Orjuela
Rector
C.c No. 19.321.589 De Bogotá

José Rubén Castiblanco Rodríguez
C.C. No 19.301.576 de Bogotá
Secretario

Anotado al Libro de Registro No 2 del Colegio.

Acta No 19 Folio No. 015

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 el Desarrollo Humano

Aprobado por Resolución 12 - 0158 de Diciembre 29 de 2009 emanada de la Dirección Local de Educación Barrios Unidos 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

Confiere

El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

A: **GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA**

C.C. 1.074.133.137 de CAQUEZA

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Duración del Programa: ..1.860.. Horas

Director

Secretaria Académica

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

Registro folio No.....22/37.. del Libro de Certificados No. .....1.....

Scanned by CamScanner

5

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL URBANA

DE CAQUEZA

CARRERA 5 No 4-35
TELÉFONO 8480166
Cáqueza-Cundinamarca
JORNADA DIURNA

Inscripción S.E.....

Inscripción DANE 12515000531

Acta Individual de Graduación

En la Ciudad de Cáqueza Cundinamarca, a veintinueve (29) del mes de Noviembre de 2008 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL URBANA DE CAQUEZA, institución aprobada hasta nueva determinación en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca , para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 3334 del 17 de Julio de 2003

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Giselle Yisney Hernández Ardila

T.I 91122952270 Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 019 De fecha veintinueve (29) del mes de Noviembre de 2008
Consta de 123 estudiantes, comienza con el nombre de Agudelo Benito Andrea M.
y se cierra con el nombre de Zapata Gomez Jorge Alexander

Firmada y sellada por JUAN MAURICIO PARDO ORJUELA (Rector) y JOSÉ RUBÉN CASTIBLANCO RODRÍGUEZ (Secretario)

Dada en Cáqueza, Cundinamarca a veintinueve (29) del mes de Noviembre de 2008

Firmada y sellada

JUAN MAURICIO PARDO ORJUELA
RECTOR
C.C No. 19.321.589 de Bogotá

JOSÉ RUBEN CASTIBLANCO RODRÍGUEZ
C.C No. 19.301.576 de Bogotá
Secretario

CROMAFOTO 019003310246

Scanned by CamScanner

INGABO
INSTITUTO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Aprobado por Resolución 12 -0158 de Diciembre 29 de 2009 emanada de la Dirección Local de Educación Barrios Unidos 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 Certificación de Tecnico Laboral

Registro 37 Folio 22 Libro 1

En la Ciudad de Bogotá a los 21 días del mes de Junio del año 2.010se 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 **TECNICO LABORAL**, con una duración de 1860 (horas) quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA
C.C. N° **1.074.133.137** de **CAQUEZA**

Es fiel copia del Acta Original General N°. 14 de fecha 30 de Junio de 2.010, que consta de 74 alumnos que comienzan con el nombre de **AGUILLON PUENTES NINFA MAGNOLIA** y se cierra con el nombre de **ZARATE CASTRO SORANY ESCOLASTICA** firmado por:

CARLOS MAURICIO BAEZ P.
DIRECTOR
C.C. No. 79.884.207 de Bogotá

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

Dada en Bogotá a los **30** días del mes de **Junio** del año **2.010**

Scanned by CamScanner

6

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

GISELLE HERNANDEZ A

C.C.: 1074133137

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Diaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

FORMACIÓN EMPRESARIAL Y EDUCACIÓN CONTINUA Y PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CERTIFICAN QUE:

GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA

C.C. 1074133137

Asistió al **V SIMPOSIO DE ENFERMERIA "Avances en oncología / alternativas y tratamientos"**, con una intensidad presencial de 8 horas.

Directora Nacional de Formación
Empresarial y Educación Continua

Decano Facultad Ciencias
de la Salud

Dado en Bogotá, D.C. a los 22 días del mes de Septiembre de 2016

Scanned by CamScanner

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA

CERTIFICA

Que GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.074.133.137 de , realizó y aprobó el curso de SALUD OCUPACIONAL: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de diciembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
WILLIAM OROZCO DAZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

William Orozco Daza
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento

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

Scanned by CamScanner

Item 9.

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 DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS	CÓDIGO: AP-TH-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-01-16

Bogotá D.C

Señores:

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, Giselle Yisney Hernandez Ardila en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad persona! 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 DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1074133137

Tarjeta profesional No: 1074133137

Dirección de contacto: Calle 3H 2-18

Teléfono: 3102688150

Scanned by CamScanner

10

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.074.133.137

HERNANDEZ ARDILA
APELLIDOS

GISELLE YISNEY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1991

CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

18-MAY-2010 CAQUEZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1503700-00258071-F-1074133137-20100930 0024186044A 1 34805128

1 ESTADO CIVIL

Scanned by CamScanner

11

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: 14386736433

(415)7707212489984(8020) 000001438673643 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 4 1 3 3 1 3 7	1	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]	1 0 7 4 1 3 3 1 3 7	2 0 1 0 0 5 1 8

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	[1][6][9]	Cundinamarca [2][5]	Caqueza [1][5][1]

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	ARDILA	GISELLE	YISNEY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA [1][6][9]	Cundinamarca [2][5]	Caqueza [1][5][1]

41. Dirección principal: CL 3 2 18

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
estefi-2352@hotmail.com		3 1 0 2 6 8 8 1 5 0	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 0 0 6 3 0					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

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 6 0 8 2 5

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: HERNANDEZ ARDILA GISELLE YISNEY
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 18-11-2017 07:56:10PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 19-08-2016
Hora: 1:47:36 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1074133137-1 GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA

Información General

Dirección CL 3 2 18 CAQUEZA

Teléfonos 3102688150

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 19/08/2016

Soporte Inscripción 18054818

Fecha Inicio Actividades 13/11/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001069996

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fuente ICA TE TOCA

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

Scanned by CamScanner

15

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 9287 de 13/09/2010

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) HERNANDEZ ARDILA GISELLE YISNEY Identificado(a) con CC número 1074133137 expedida en CAQUEZA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 30/06/2010 y registrado en el libro 1 Folio 22 año 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 HERNANDEZ ARDILA GISELLE YISNEY identificado(a) con CC número 1074133137 expedida en CAQUEZA para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los **13/09/2010**

ORIGINAL FIRMADO POR EL
Dr. Hernán Redondo Gómez
Director de Desarrollo
de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GOMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____.
CC. # _____

Firma

Scanned by CamScanner

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

6155200

Nombre	HERNANDEZ GISSELLE YISNEY		Fecha de recepcion:	15-Jun-2016 5:24 pm
Identificacion	CC 1074133137	Tel.	Fecha de impresion:	18-Jun-2016 7:37 am
Edad	24 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo F	Empresa	MEDICAL PROTECCION LTDA-SEDE 2
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	932610		Fecha Validacion	18-Jun-2016 6:46:00a.m.

Prelimina

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G **Metodo: Inmunoensayo Enzimático-EIA**	33.2		

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 9.0
Borderline: De 9.0 a 11.0
Positivo: Mayor de 11.0

BRENDA GUERRA PABON
CC. 53,117,243
BACTERIOLOGA

HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE **Metodo: Quimioluminiscencia**	489.0	mUI/ml	

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

ESMERALDA CADENA HERNANDEZ
C.C. 1,104,696,943
BACTERIOLOGA

YANETH DEL ROSARIO ROSERO CUASPA
BACTERIOLOGA
C.C 1,088,588,798

Scanned by CamScanner

19



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

EXAMEN DE: AUDIOMETRIA		Fecha de Realizacion: 14/06/2016 Hora Ingreso:8:12: Salida:8:12:
Nombre de la Empresa Cliente FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	Direccion de trabajo CL 71 No. 13 21	Telefono 3466660
INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR		
Nombres Apellidos GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA	Documento de Identidad 1074133137	Edad 24
Genero: Fememnino	Fecha Nacimiento: 29/12/1991	Eps: FAMISANAR
Arp:	Estado civil: U. Libre	Nivel Educativo: Tecnico

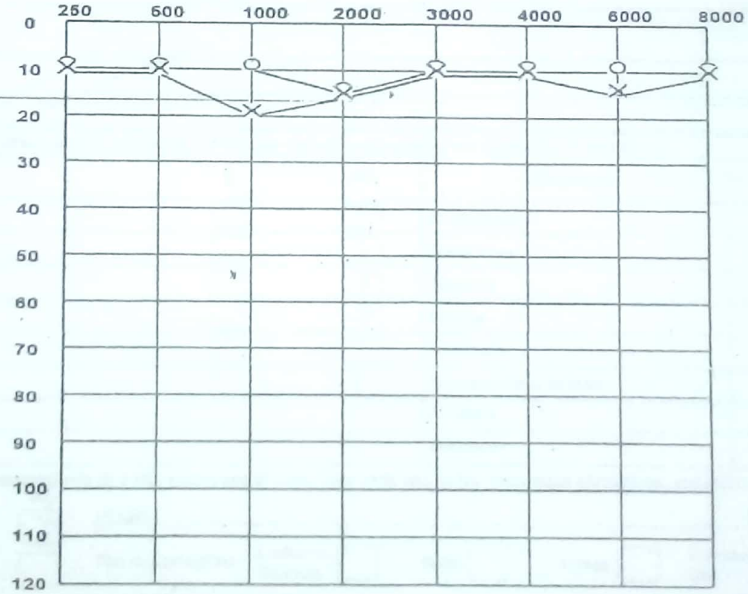
INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL, RETIRADO O A INGRESAR:
CARGO ACTUAL: - SECCION:

DESCRIPCIÓN DEL CARGO:

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION EN EL CARGO ACTUAL O ÚLTIMO:
JORNADA DE TRABAJO:

RIESGOS OCUPACIONALES EN LA EMPRESA ACTUAL O ANTERIOR:

AUDIOGRAMA



ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES:		
ACTIVIDAD EXTRA LABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO:		
CONDICIONES PARA TOMA DE PRUEBA:		
DESCANSO AUDITIVO: - 0 - HORAS	REALIZO EL TEST	USO CABINA SONOAMORTIGUADA
OTOSCOPIA:		
OIDO DERECHO NORMAL	OIDO IZQUIERDO NORMAL	
DIAGNOSTICO:		
AUDICION NORMAL - , BILATERAL		
SEVERIDAD - CAOHC:		

Scanned by CamScanner

OPTOMETRÍA

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN: 14 | 06 | 16 | CIUDAD: Bogotá

TIPO DE EXAMEN PARACLÍNICO (Marque con una (x)): Ingreso [ ] Egreso [ ] Periódico [ ] Otro [ ]

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Razon Social: FURA | Dirección del Centro de Trabajo:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo Documento de Identificación T.I. Tarjeta de Identidad, C.C.:Cédula de Ciudadanía, C.E.: Cedula de Extranjería, P.T: Pasaporte) | Documento de Identificación No

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de Identificación No
Hernandez	Avila	Giselle	Ysne Y	1074133133

Genero (Marque con una X)	Fecha de Nacimiento	Edad (años)	EPS (A la que se encuentra afiliado)
Femenino [X] Masculino [ ]	29 | 12 | 91	24	Famisanar

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR (Según información suministrada por el aspirante / trabajador y conocimiento que pueda tener el examinador)

Fecha Ingreso a la Empresa	Cargo	Sección	Antigüedad en el cargo actual (No aplica para Ingreso)
	Estudiante de	Enfermeria	Años

ANTECEDENTES LABORALES	EMPRESA ANTERIOR:	Cargo:	Tiempo (años)	Tipo de Elemento de Prot.

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y / O ANTERIORES

Tipo de Riesgo (Marque con una (x) según exista / existió exposición. Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)	SI	NO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN ACUMULADA (Años)	TIEMPO DE EXPOSICIÓN Diaria (Horas)	Uso de Protección Visual SI	Uso de Protección Visual NO	Tipo de Protección Visual
Químicos (humos, gases, vapores, polvos)	[ ]	[ ]			[ ]	[ ]	
Radiación Ultra Violeta ó Infrarroja (soldadura, hornos)	[ ]	[ ]			[ ]	[ ]	
Mecánico (Proyección de Partículas)	[ ]	[ ]			[ ]	[ ]	
Iluminación Inadecuada Excesiva [ ] Deficiente [ ] Reflejos [ ]	[ ]	[ ]			[ ]	[ ]	
Uso de Video Terminales	[ ]	[ ]			[ ]	[ ]	

OBSERVACIONES

ANTECEDENTES PERSONALES (Marque con una (x) la casilla que corresponda según sea afirmativo o negativo)

Generales	SI	NO	Oculares	OJO DERECHO SI	OJO DERECHO NO	OJO IZQUIERDO SI	OJO IZQUIERDO NO
Hipertensión Arterial	[ ]	[X]	Cirugía Ocular	[ ]	[X]	[ ]	[X]
Diabetes	[ ]	[X]	Queratocono	[ ]	[X]	[ ]	[X]
Hipoglicemia	[ ]	[X]	Glaucoma	[ ]	[X]	[ ]	[X]
Toxoplasmosis	[ ]	[X]	Catarata	[ ]	[X]	[ ]	[X]
Cefalea	[ ]	[X]	Retinopatía	[ ]	[X]	[ ]	[X]
Trauma Craneoencefálico	[ ]	[X]	Desprendimiento de Retina	[ ]	[X]	[ ]	[X]
Otro(s) [ ] Cuál(es)			Ambliopía	[ ]	[X]	[ ]	[X]
			Estrabismo	[ ]	[X]	[ ]	[X]

(Marque con una (x) la casilla correspondiente SI o NO, según sea el caso. Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)

	SI	NO					
Problemas de refracción	[ ]	[X]	¿Cuál?			Tiempo de Evolución	[ ] Años
Corregido	[ ]	[ ]	Tipo de Corrección:	Lentes de Contacto [ ]	Gafas [ ]	Ambos [ ]	Frecuencia de Uso

Tiempo Transcurrido desde el último Examen Visual [X] Meses | Tiempo transcurrido desde el último cambio de Fórmula [ ] Meses

SINTOMAS Y SIGNOS (Marque con una (x) la casilla que corresponda según sea afirmativo o negativo)

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Color Ocular	[ ]	[X]	Cefalea	[ ]	[X]	Salto de Renglones	[ ]	[X]
Irritación Ocular	[ ]	[X]	Visión Doble	[ ]	[X]	Disminución Agudeza Visual - Visión Lejana	[ ]	[X]
Ardor Ocular	[ ]	[X]	Miodesopsias	[ ]	[X]	Disminución Agudeza Visual - Visión Próxima	[ ]	[X]
Cansancio Ocular	[ ]	[X]	Prurito Ocular	[ ]	[X]	Secreciones	[ ]	[X]
Lagrimeo	[ ]	[X]	Fotofobia	[ ]	[X]			

OBSERVACIONES

NINGNA

Scanned by CamScanner

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO



INFORMACION DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa Cliente	Direccion de trabajo	Telefono
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	CL 71 No. 13 21	3466660

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR — Fecha de Realizacion: 14/06/2016

Nombres Apellidos	Documento de Identidad	Edad
GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA	1074133137	24

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA

OBSERVACIONES: BACILOSCOPIA: NEGATIVA PARA BACILOS ACIDO ALCOHOL RESISTENTE EN 100 CAMPOS MICROSCOPICOS OBSERVADOS.

21 A.L. 20:6

Fecha de Impresion: 14/06/2016

Johana Triana Torres
Bacteriologa
U.C.M.C.
R.P. 5-2239-99 C.C. 52106130

NOMBRE JOHANA TRIANA TORRES
CC 52106130
REGISTRO MEDICO 2239-99
MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO
SALUD OCUPACIONAL

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

GISELLE HERNANDEZ A

C.C.: 1074133137

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

Scanned by CamScanner

21

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA
C.C. 1.074.133.137

ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE SOPORTE VITAL BASICO CON UNA INTENSIDAD DE 20 (VEINTE) HORAS TEORICO PRÁCTICAS

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 16 DE NOVIEMBRE DE 2017
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

SOCIEDAD COLOMBIANA
DE EMERGENCIAS EN SALUD
NIT. 1032479316-6

DANIEL MORENO
INSTRUCTOR

SEDE PRINCIPAL cra 87 j cl 61 – 04 sur Bosa La Libertad Bogotá DC
Cel. 3057639865
Email scesbogota@hotmail.com

ENFERMERIA

C.E.No. A0442

Scanned by CamScanner

Item 29

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:	05/12/18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá

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
Hernandez	Ardila	Gisell	Yisney

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1074133137	Caqueta Cundinamarca	18/05/2010
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
29/12/1991	Caqueta Cundinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒	Uno	Uno	3102688150

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
calle 3 # 2-18	Caqueta	Cundinamarca	Colombia	—

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
estefi-23520@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
Calderón	Rojas	Carlos	Andres

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1074129758	Caqueta Cundinamarca	10/01/2006
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 ☒		8692
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

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 de servicios de salud.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										# NIT	9009390 31-7
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒							
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐				
OTRA ☐	CUAL: X										

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
KR 19B # 1-95 Sur	3283105	Bogotá	Bogotá	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de enfermeria	**FECHA VINCULACION**		11/11/2015

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		GASTOS FAMILIARES	400.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	1'524.600	ARRIENDOS		INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	600.000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	1'524.600	TOTAL EGRESOS	1'000.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar al vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ardila	vargas	Andres	mauricio
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/ O EXTENSION/CELULAR**
TV 44A # 78A Sur 76	Bogotá	laboral	3212231984

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	cuenta ahorros	469400020897	caqueta	3300000

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería

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.

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias. expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion. ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concerto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, qué lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

Scanned by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA identificado(a) con CC 1074133137 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/02/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA**
Categoría:	**A**

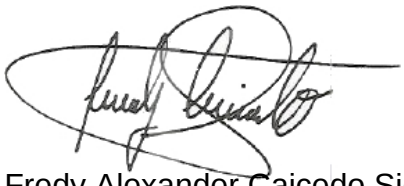
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 05 días del mes de diciembre del año 2018 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

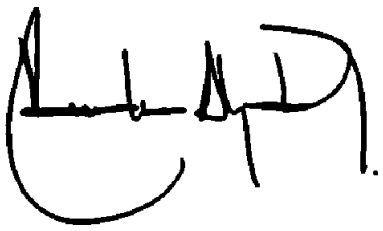
EPS FAMISANAR S.A.S.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,074,133,137**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

Item 32

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.074.133.137	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Giselle	Yisney	Hernandez	Ardila

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
29/12/1991	Caqueza	calle 3#2-18	———

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Famisanar	Porvenir	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar de enfermeria.	

Correo Electrónico	Celular
estefi-2352@hotmail.com	3102688150

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	Tatiana P. Clavijo Q. C.C. No. 52.931.204 Bta Enfermera P.A.U.
	C.C. 52.931.204

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118850538

WEB
15:33:35

Bogotá DC, 05 de diciembre 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) GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1074133137:

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 05 de diciembre de 2018, a las 15:36:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1074133137
Código de Verificación	1074133137181205153638

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. 2589665

Bogotá D.C., 5 de Diciembre de 2018 - 15:38 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL SETENTA Y CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA Y SIETE**

1074133137

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 Jazmin 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.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_WS5T_3815
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL, **05/12/2018**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GISELLE YISNEY HERNANDEZ ARDILA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1074133137**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550469400028897**
Saldo a la fecha	**1,583.18 Pesos**
Fecha de apertura	**01/04/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA