Aplicaciones Avantage PACS Avantage PACS Sistemas de inform... Política de Segurida... Chrome Web Store ... Gmail Aulas Virtuales Sub... Inicia sesión:Cuent... Resultados

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

[illegible]

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
1023956009	Solanlly Lorena Pardo Duarte	17/11/2017 03:58:35 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	17/11/2017 03:58:35 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

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

SI AP

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PARDO	DUARTE	SOLANLLY LORENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1023966008 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 28 MES NOV AÑO 1996

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 71 BIS SUR 17 52 ESTE

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 3654745

EMAIL: solallylorena.sipd@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO 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 ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES: NOVIEMBRE AÑO: 2013

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 NUMERO 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	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	2	X		TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	2016	6799

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

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.

SI AP

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 SSALUD CENTRO ORIENTE	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: esesancristobal2010@gmail.com	
TELÉFONOS: 3728610	FECHA DE INGRESO: DIA 13 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: CUNDINAMARCA	DIRECCIÓN: Diagonal 39 Sur #3-20 Este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: JAVESALUD	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 6169833	FECHA DE INGRESO: DIA 6 MES 5 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA 5 MES 1 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: CUNDINAMARCA	DIRECCIÓN: CALLE 102 A N 47- 42	

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	2	2
PRIVADO	0	7
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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).

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.

SI AP

Bogotá - 18 - Diciembre - 18

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Arena Parda D

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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

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

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1023956009 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CALLE 71 BIS SUR 17 62 ESTE **Teléfonos** 3227622470 3654745

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EVELING SARAHY PARRA PARDO	1021685361	HIJO(A)
OLGA DUARTE SIERRA	41690548	MADRE
ALVARO PARDO GUERRERO	19107537	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	$ 18.000.000,00
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
DAVIVIENDA	AHORROS	00717057364	CALLE 100	$ 3.000,00

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

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** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

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
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL

Arena Pardo D

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Cooperativo Altamira y Barrios Sur Orientales

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.,
según Resolución Nº 7528 del 20 de Noviembre de 1.998

Confiere a:

Solanlly Lorena Pardo Duarte

Certificado de estudios de bachillerato Básico

)or haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica, que lo habilita plenamente para ingresar a la Educación Media o al Servicio Especial de Educación Laboral.

Jorge Roberto Amaya Pava
Rector

Andrea Muñoz Rodríguez
Secretaria

República de Colombia

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño
Acuerdos No. 056 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de mayo de 2009 del Ministerio de Protección Social

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

A: SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE

C.C 1.023.956.009 DE BOGOTA

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Duración del Programa: 1.800 Horas

Director

Secretaria Académica

Dado en Bogotá, a los 30 dias del mes de Abril de 2016
Registro Folio No. 40/73 del Libro de Certificados No. 4

República de Colombia

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009
de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño
Acuerdos No. 056 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de mayo de 2009 del Ministerio de Protección Social

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

A: SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE

C.C 1.023.956.009 DE BOGOTA

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

AUXILIAR EN SALUD PÚBLICA

Duración del Programa: 1.700 Horas

Director

Secretaria Académica

Dado en Bogotá, a los 30 días del mes de Abril de 2016
Registro Folio No. 31/26 del Libro de Certificados No. 4

Colegio Nueva Generación Altamira

(ANTES COLEGIO COOPERATIVO ALTAMIRA Y B.S.O)

Carrera 11A Este No. 44 - 55 Sur
Teléfono: 206 6037
BOGOTÁ, D.C.

Acta Individual de Grado

INSCRIPCIÓN S.E.D. 1617

INSCRIPCIÓN DANE 311001001642

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los (29) días del mes de Noviembre de 2.013 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y secretaria, en el COLEGIO **NUEVA GENERACIÓN ALTAMIRA**, Institución aprobada hasta nueva determinación en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 7528 de Noviembre 20 del año 1998.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a Otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO; al graduando cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

Solanlly Lorena Pardo Duarte

T.I. 961128-07974 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General de grado No. 43 del 29 de Noviembre de 2.013, consta de 78 alumnos graduandos; comienza con el nombre de **Araque Ortiz Geraldine Adriana** y cierra con el nombre de **Yara Botache Brayan Camilo.**

Firmada por **JORGE ROBERTO AMAYA PAVA** (Rector) y **ANDREA MUÑOZ RODRÍGUEZ** (Secretaria Académica).

Dada en Bogotá, D.C., a los vientinueve (29) días del mes de Noviembre de 2013.

No requiere registro de la Secretaría de Educación según, Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 de Diciembre 05 de 1995; de la Presidencia de la República.

JORGE ROBERTO AMAYA PAVA
C.C. 19.276.128 de Bogotá
Rector

ANDREA MUÑOZ RODRÍGUEZ
C.C. 52.831.442 de Bogotá
Secretaria Académica

C O N G A

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

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

Acta Individual de Certificación de Técnico Laboral

REGISTRO 40 FOLIO 72 LIBRO 4

En la Ciudad de Bogotá a los 25 días del mes de Abril del año 2.016, se reunieron los suscritos Director y Secretaria Académica en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como **TÉCNICO LABORAL** para quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** con una duración de 1.800 horas, cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE
C.C 1.023.956.009 DE BOGOTA

Es fiel copia del Acta Original General N° **67** de fecha **30** de Abril de **2016** que consta de **58** alumnos que comienzan con el nombre de **ALBAN RODRIGUEZ ANGELICA** y se cierra con el nombre de **VELASQUEZ ESCOBAR ANA DEICY** firmado por:

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

MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA C.
SECRETARIA ACADEMICA
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá a los **30** días del mes de **Abril** del año **2.016**

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

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

Acta Individual de Certificación de Técnico Laboral por Competencias

REGISTRO 31 FOLIO 26 LIBRO 4

En la Ciudad de Bogotá a los 25 días del mes de Abril del año 2.016, se reunieron los suscritos Director y Secretaria Académica en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como **TÉCNICO LABORAL** para quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR EN SALUD PUBLICA,** con una duración de 1.700 horas, cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE
C.C 1.023.956.009 DE BOGOTA

Es fiel copia del Acta Original General N° **16** de fecha **30** de Abril de **2016** que consta de **48** alumnos que comienzan con el nombre de **ARANDA CASTELLANOS YERLY** y se cierra con el nombre de **VELASQUEZ ESCOBAR ANA DEICY** firmado por:

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

MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA C.
SECRETARIA ACADEMICA
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá a los **30** días del mes de **Abril** del año **2.016**

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE

C.C.1023956009

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 14 (catorce) días del mes de agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicologia y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Certificación

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

CERTIFICA A:

SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE

C.C. 1023956009

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

El presente se expide a los **Cuatro (4) días del mes de diciembre de 2018**

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

Mónica Adriana Pérez Bonilla
Director Operativo – Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Bogotá D.C

Señores:

INSTITUTO DE EDUCACIÓN 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, Solanlly Lorena Pardo Duarte en consideración a que el artículo 15 de la Cónstitución 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 Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1023956009

Tarjeta profesional No: 6799

Dirección de contacto: Calle 71 Bis #17-62 este

Teléfono: 3227622470 - 3654445

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.956.009
PARDO DUARTE

APELLIDOS
SOLANLLY LORENA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-NOV-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

04-DIC-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00657767-F-1023956009-20150109 0042311469A 1 43416020

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
- Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14386812119

(415)7707212489984(8020) 000001438681211 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1023956009	3	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1023956009	20141204

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
PARDO	DUARTE	SOLANLLY	LORENA

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 principal: CL 71 BIS SUR 17 62 ESTE

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
solanllylorena.slpd@gmail.com		3654745	3203972728

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
8692	20160430						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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: 1 61. Fecha: 20160826

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: Lorena Pardo D

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: SIERRA OJEDA DIEGO ALEXANDER

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 26-08-2016 07:38:31AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACION BASICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 26-08-2016
Hora 8:44:20 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1023956009-3 SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE

Información

Dirección	CL 71 BIS SUR 17 62 ESTE
Teléfonos	3654745-3203977228
Dirección	solanllylorena.slpd@gmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	26/08/2016
Soporte Inscripción	22442644
Fecha Inicio Actividades	30/04/2016
# Establecimientos	0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica	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

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **6799** *de* **07/06/2016**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994 y Resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) PARDO DUARTE SOLANLLY LORENA Identificado(a) con CC número 1023956009 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 30/04/2016.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a PARDO DUARTE SOLANLLY LORENA identificado(a) con CC número 1023956009 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **07/06/2016**

Original Firmado por:
Anabelle Arbelaez Vélez
Directora de Calidad de
Servicios de Salud

ANABELLE ARBELAEZ VELEZ.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 16-Agosto-2016
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Solanlly Pardo Duarte
CC. # (41690) 1023956009
Firma

Reviso :Sebastián Quiroz L.
Elaboro :Victor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 icontec
NTCGP 1000 icontec

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Resultado General -2018-12-11→12:03:09 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1023956009	SOLANLLY	LORENA	PARDO	DUARTE	Ver

Información Detallada [CC: 1023956009] SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE

2018-12-11→12:03:09 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016/6/07	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	AUXILIAR EN SALUD PUBLICA	2016/6/07	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).

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Solanlly Lorena

Apellidos: Pardo Duarte.

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte No. 1023956009

Fecha de Nacimiento: Día 28 Mes 11 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	16 SEP 2013	012N1004	JAVESALUD IPS VACUNACION
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	11-12-07		
	2	25-06-08		
	3	28-10-11		
	4	9-10-12		
	5	03 ENE 2014	D2222	
Contra Hepatitis B	1	03 ENE 2014	AHBUCATA	
	2	03 FEB 2014	0341200	
	3	03 AGO 2014	0341200	
	R	03 AGO 2015	AHBUCATA	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	16 SEP 2013	J5006	JAVESALUD IPS VACUNACION
Contra Influenza	1	03 ENE 2016	Sanofi	
Virus de Papiloma Humano	1	16 SEP 2013	J005989	
	2	14 ABR 2014	J005989	
		14-Abril-2018		
Triple Viral	1	03 ENE 2014	J5489	JAVESALUD IPS VACUNACION
MMR	2	20 OCT 2014	Sanofi	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	16 SET. 2013	012N1013	compensar | salud Pedro Miguel Rodriguez B.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	28-10-11.		
	2	11-12-07.		
	3	25-06-08.		
	4	9-10-12.		compensar | salud Pedro Miguel Rodriguez B.
	5	03 ENE 2014		
Contra Hepatitis B	1	03 ENE 2014		Pedro Miguel Rodriguez B.
	2	03 FEB 2014	0341200	
	3	14 ABR 2014		
	R	19 JUN 2015	AHBUCATA	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	16 SET. 2013	J5006.	13/14.
		X 20 AÑOS		compensar | salud Pedro Miguel Rodriguez B.
Contra Influenza	1	20 NOV. 2014	Sanofi	
Virus de Papiloma Humano	1	16 SET. 2013		compensar | salud Pedro Miguel Rodriguez B.
	2	14 ABR. 2014		
		14 Abril	2018.	
Triple Viral	1	03 ENE 2014		Pedro Miguel Rodriguez B.
MMR	2	20 NOV. 2014	Sanofi	compensar | salud

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

8288458

Orden No:	**8288458**	Fecha de ingreso:	28-Aug-2018	8:24 am	
Paciente:	**PARDO DUARTE SOLANLLIE**	Fecha de impresion:	01/10/2018		
Documento Id:	CC 1023956009	Edad:	21 Años 9 meses 0 dias	Sexo	F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3203977228		
Sede:	ORQUIDEA	Cama:			
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:			

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

90304560

Nombre.	PARDO DUARTE SOLANLLIE		Fecha de recepcion:	03-sep-2018 5:23 pm	
Identificacion	CC 1023956009	Tel.	Fecha de impresion:	19-sep-2018 2:21 pm	
Edad	21 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA	
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	REFERENCIA	
No. Ordenamiento	8288458		Fecha Validacion	04-sep-2018 5:44:00a.m.	Copia

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

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1.020.779.827
BACTERIOLOGA

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1.020.779.827
BACTERIOLOGA

NIT. 900.098.001-3
Sede Principal: Calle 49 No. 13-60 - PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2319 - Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2326
Sede Norte: Calle 109 No. 15-91 - Tel. 214 2124 - Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-39 Cons. 204 - Tel.: 282 2813 - 282 2717 - Fax: 282 2819
Calle 85 No. 12-15 - Tel: 236 3768 - Fax: 277 2912

CERTIFICADO MEDICO APTITUD LABORAL
DR. JUAN ANDRÉS SILVA
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN 25-3189 DE 2016 SECRETARIA DE SALUD CUNDINAMARCA
Calle 56 Sur N.14C24 Este Tel. 3654430

Fecha: Dic 4/2017
Paciente: Sutanlly Lorena Pardo Duarte
C.C. 1023956009
Tipo de Evaluación: INGRESO
Fecha Ingreso:
Descripción Cargo: Auxiliar Enfermería

Origen:
Destino:
Cargo: Auxiliar Enfermería
Edad: 21 Años

Pruebas de Apoyo Diagnostico

Certificación de Aptitud

Apto [X] No apto [ ]
Apto para el cargo con restricciones que no intervienen en su trabajo [ ]
Apto para el cargo a desempeñar con limitaciones que intervienen con su trabajo requiere nueva valoración [ ]

ÉNFASIS Biomecánico

RESTRICCIONES: NO

CONCEPTO- EXAMEN PERIÓDICO

RECOMENDACIONES

Observaciones

[ ] Control Cardiologia	[ ] Control Nutrición	[X] Control Optometria	[ ] Control Oftalmologia
[X] Control Otorrinolaringologia	[ ] Control Ortopedia	[ ] Dermatologia	[ ] Ginecologia
[X] Medicina General	[ ] Neumologia	[ ] Laboratorios	[ ] Neurologia
[ ] Endocrinologia	[ ] Odontologia	[ ] Reumatologia	

Recomendaciones

		Incluir en el S.V.E	
[X] Examen periódico ocupacional anual	[X] Continuar Tto. Medico	[ ] Visual	[ ] Químico
[X] Manejo de cargas o posturas	[X] Pausas activas laborales	[ ] Biomecánico	[ ] Psicolaboral
[ ] Remitir a EPS	[X] Acatar Normas SST de la empresa	[ ] Cardiovascular	[ ] Respiratorio
[X] Uso E.P.P		[ ] Auditivo	[ ] Biológico

Consentimiento Informado

Consiento la realización del examen medico, paraclínicos , exámenes complementarios , toma de muestra y laboratorio , solicitados por la empresa de acuerdo al perfil del cargo . He sido informado acerca de los procedimientos de cada uno de los exámenes por el profesional competente. Declaro que la información que he suministrado es veridica y puede ser confirmada ; no tengo impedimento mental , ni social para laborar . El empleador debe acatar las recomendaciones registradas en este documento por el medico ocupacional.

Dr. Juan Andres Silva R.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
T.P. 26934 U.M.B.
LICENCIA 25-3189 / 2016

FIRMA Y SELLO REGISTRO MEDICO
TARJETA PROFESIONAL 26934.

Lorena Pardo CC 1023956009 Bta

FIRMA DEL TRABAJADOR

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE

Con Cedula de Ciudadania No. 1023956009

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintiocho (28) días del mes de agosto de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

55191342 - 28/08/2018
FECHA REGISTRO

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 9403001756955CC1023956009C.

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:	2018-12-13	CIUDAD:	BOGOTA. D.C,	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
PARDO	DUARTE	SOLANLLY	LORENA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC X	CE	RC	NUIP	1023956009	BOGOTA D.C.	2014-12-04
PASAPORTE	OTRO	CUAL			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1996-11-28	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) X	CASADO		DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	1	1	322 7622470

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER		POSGRADO		UNIVERSITARIO		BACHILLER		PRIMARIA X	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 71 BIS SUR No. 17-62 ESTE	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3654745

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
solanllylorena.sipd@gmail.com	N.A	PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N.A	N.A	N.A	N.A

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC	CE	RC	NUIP	N.A	N.A	N.A	
PASAPORTE	OTRO	CUAL			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO	NACIONALIDAD:	N.A

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESION AL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA . . .		

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

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO X	AGENTE RETENEDOR	SI	AGENTE AUTORETENEDOR	SI
				NO X		NO X

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 CENTRO ORIENTE ESE		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	# NIT: 900,959,051-7

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIG 34 NO. 5-43	7560505	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION	2016-09-13

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 900.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 1.500.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$ 4.000.000	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 1.500.000	TOTAL EGRESOS	$ 900.000	TOTAL ACTIVOS	$ 4.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
		OBJETOS PERSONALES	

6. REFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NORVEY	JAIR	GONZALEZ	GUERRA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 21 A SUR No. 69- 31 apt 203	BOGOTA	AMIGO	321 3709099

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORRO	7170573641	CALLE 100	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

HONORARIOS, POR PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERIA

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.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimento del Chente 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 articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requerria 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 prestación 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 , estadísticas, 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la 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 estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica 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 consecuencia, 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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (*Diagonal 34 No 5 – 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaf@subredcentrooriente.gov.co*) y cualquier otra persona natural o jurídica 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. AUTORIZACION. De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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

Lorena Parda Duarte

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:		

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE identificado(a) con CC 1023956009 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/09/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS 20 DE JULIO**
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:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1023956009,** se encuentra afiliado (a) desde **30/08/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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

1023956009	Sura
Numero de Documento	ARL

Solanlly	Lorena	Pardo	Duarte
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

28/11/1996	Bogotá	Cl-71-Bis #17-62 E	3654745
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Nueva EPS	Colpensiones	$ 1'524 000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar De Enfermeria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Solanllylorena.siad@gmail.com	3227622470
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 52784799

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118839888

WEB
12:48:56

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) SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023956009:

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 12:42:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023956009
Código de Verificación	1023956009181205124204

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. 2588190

Bogotá D.C., 5 de Diciembre de 2018 - 12:37 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 VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NUEVE**

1023956009

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_YTZT2_3712
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:45:09 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1023956009**
Apellidos y Nombres: **PARDO DUARTE SOLANLLY LORENA**

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

INSPIRADOS EN USTED

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

A QUIEN INTERESE

Bogotá **2018/12/17**
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora SOLANLLY LORENA PARDO DUARTE** con **Cédula de Ciudadanía** número **1023956009** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número:	**007170573641**
Fecha apertura:	**2015/05/05**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1Rev 4 - 06