REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE JAIRO A. ORTEGA MELO

C.C. 87.062.480 PASTO

UNIVERSIDAD MARIANA

RUN No. 28711
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 25/JUL/2011

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 25/JUL/2021

THOMAS GREG & SONS 310.037.31/1210

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

No. 28944

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC

RESOLUCION No 28711 de JULIO 25 DE 2011
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996,

CONSIDERANDO

A) Que, JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 87.062.480, expedida en PASTO, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Único Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (El) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD MARIANA de PASTO, expedido el 03 del mes DICIEMBRE de 2010, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el artículo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 442 del 25 de JULIO de 2.011.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 28711, su inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

Parágrafo: La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aquí promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 25 días del mes de JULIO de 2011 en Bogotá, D.C.

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC

Instituto Departamental de Salud Nariño	RESOLUCIÓN	Código F-DP05-02
		Versión 01

No. 52 - (2752 -)

Por el cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
En cumplimiento al Decreto Número 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que, **JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía Nº 87.062.480 expedida en Pasto (Nariño), ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **ENFERMERO,** título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD MARIANA (Pasto),** según Diploma Nº 478, del 3 de Diciembre de 2010.

Que, dicho **TITULO** se encuentra debidamente registrado con el N° s/n, al Folio N° 070 del Libro de Registro No. 3-16737, del 3 de Diciembre de 2010, por La Universidad Mariana.

Que, mediante Resolución No. 1058 del 23 de Marzo de 2010, emanada por el Ministerio de la Protección Social en su Art. 4, Parágrafo.-serán exentos de la prestación del Servicio Social Obligatorio los profesionales: Literal c) Los profesionales que hayan cumplido el servicio militar obligatorio en Colombia.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a, **JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía Nº 87.062.480 expedida en Pasto (Nariño), para ejercer la profesión de **ENFERMERO,** en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: En cumplimiento del artículo 5º del Decreto 1875 de 1994, para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde registro el título, la persona deberá inscribir su nombre en la Dirección Seccional de Salud del Departamento donde va a laborar, para control y vigilancia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los 15 DIC 2010

ANA BELEN ARTEAGA TORRES
Directora IDSN

Proyectó: SANDRA HIDALGO R. Secretaria		Revisó: MIREYA RIASCOS VILLAMARIN Profesional Universitario	
Firma SANDRA HIDALGO R.	Fecha: 14 de Diciembre de 2010	Firma	Fecha: 14 de Diciembre de 2010



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JAIRO ALBERTO
ORTEGA MELO
C.C. 87062480

ENFERMERO(A)

Expedicion 01/10/2014

IDentico S.A.S

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

87062480

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

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

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO** identificado con la cédula de ciudadanía número 87.062.480, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintiún (21) días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Cortesía de
BIOTOSCANA S.A.
Su Ángel Protector en Salud

T1050884

CARNET DE VACUNACIÓN



Nombre	Jairo Alberto Ortega.
Dirección	
Teléfono	1
H.C.	8706248
Entidad Vacunadora	H. Santa Clara ESE

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B HEPAVAX GENE®	1a	30-01-13	04131044	
	2a	05-03-13	04131044	
	3a	28-06-13	034 Hospital Ofelia	
Ref.		30-01-14		

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
INFLUENZA AGRIPPAL® S1	1		0906-30101	

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA VARICELLA VACCINE GCVC®	1			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS A EPAXAL®	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

4282369

Nombre	ORTEGA MELO JAIRO ALBERTO		
Identificacion	CC 87062480	Tel.	
Edad	100 Años 0 meses 0 dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento			

Fecha de recepcion:	28-Apr-2014 4:33 pm
Fecha de impresion:	30-Apr-2014 5:14 pm
Empresa	CENTRO MEDICO QUIRURGICO AMERICAS OCCIDENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	28-Apr-2014 6:39:00p.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 Reactiva: Menor de 10 mUI/ml
Reactiva: Mayor de 10 mUI/ml

JOSE CARLOS PASTRANA GAZAB
CC 1,133,814.005
BACTERIOLOGO

DIANA CAROLINA RODRIGUEZ R
CC. 1.090.394.452
BACTERIOLOGA

NIT 800.065.781-3
Sede Principal Calle 40 No. 13-60 • PBX 744 4000 Ext. 2315 - 2316 • Cel. 318 4000 220 - 221

8

QUALITY HEALTH SYSTEM

CONCEPTO MEDICO SALUD OCUPACIONAL

LUGAR: Bogotá	FECHA: 15-4-15	HORA:	
EMPRESA: Hospital Santa Clara		CARGO: Jefe Enfermería	

IDENTIFICACION

PRIMER APELLIDO: Ortega	SEGUNDO APELLIDO: Mela	NOMBRES: Jairo Alberto	
C.C. Nº: 87062480	LUGAR Pasto	EDAD 31	SEXO M.
DIRECCION: Cll 1C Bis Nº 19-32.	TELEFONO:	CELULAR: 3102237323	

TIPO DE EXAMEN Marque con una (x)

INGRESO	✓	PERIODICO		EGRESO		CUALES:
REUBICACION		REINTEGRO		OTROS		

EXAMENES REALIZADOS, Marcar con una (X)

EMO INGRESO	✓	VISIOMETRIA		F. RENAL		F. GARGANTA
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		C. HEMATICO		OTROS:
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		COPROLOGICO		
RX TORAX		C.HEMATICO		KOH UÑAS		

RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL	✓	PVE EN LOS QUE REQUIEREN INGRESAR	OTRAS RECOMENDACIONES
PAUSAS ACTIVAS	✓	1	1
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	✓	2	2

CONCEPTO DE APTITUD. Marcar con una (X)

APTO PARA LABORAR SIN PATOLOGIAS	✓	NO
APTO PARA LABORAR CON PATOLOGIAS QUE NO AFECTAN LA LABOR	SI	NO
PRESENTA PATOLOGIAS INCOMPATIBLES CON SUS FUNCIONES	SI	NO
PACIENTE APLAZADO	SI	NO
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	NO
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI	NO
APTO PARA TRABAJO ESPECIALIZADO	SI	NO

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Bajar de Peso Riesgo Cardiovascular

Jairo Alberto Ortega M. CC 87062480		TIGRA PINILLA R. Médico y Cirujano Especialista en Salud Ocupacional Esp. Salud Ocupacional
Firma y Cedula del Trabajador:	HUELLA	Firma y sello del Profesional:

Salamandra®

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE

Jairo Alberto Ortega Melo

Identificado con cédula de ciudadanía N° 87062480

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación del curso

Soporte Vital Básico y Avanzado

El cual avala competencias en los componentes de:

SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO EN COLAPSO CARDIO-RESPIRATORIO Y ABORDAJE INICIAL EN TRAUMA

Con una intensidad de 20 horas

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá
a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2016,
con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

LAUREANO QUINTERO, MD.
Director Científico

Constancia registrada
con el No. C-SBV53420162023

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 Centro Oriente.

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

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

OTRA ☒ CUAL: X Salud.

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 31 # 5-43	3444984	Bogotá D.C.	Colombia	Cundinamarca
CARGO ACTUAL	Enfermero.	FECHA VINCULACION		11-03-2011

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	$2'800.000.	GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 250.000 =	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 500.000 =	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	$ 5'810.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$2'800.000	TOTAL EGRESOS	$ 750.000 =	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	$ 5'810.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Patiño	Ortiz	Luisa	María.
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Dg 3B # 0-35 Este	Bogotá	Amiga	3118970925.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Davivienda	Cuento de Ahorros	008900753748	Restrepo -	Cra 18 # 16-34

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Trabajo como Enfermero en la Unidad de Servicios de Salud Santa Clara.

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 lícitas
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) y/o convenio(s) celebrado(s) con la SUBRED

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-PT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA: 22.11.17	CIUDAD: Bogotá 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	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ortega	Melo	Jairo	Alberto

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	87062480	Pasto	03-10-2001.

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

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
02.10.1983	Linares	Colombia	Colombiano.

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	0	0	3102237323

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cll 1CBis # 19-32	Bogotá D.C.	Cundinamarca	Colombia	3912505.

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Jairoortega1983@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

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C ☐ NUIP ☐			

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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 contrato de contratos 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 y 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 últimos 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 Rut Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 3 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentren 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 requeriria 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 comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entendase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, telefono 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 contestación 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, lo siguiente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadas de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como usuario, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Consultar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío 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 finalidades mencionadas a, a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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, y/o cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control de fraudes, la seleción 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 hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que la he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen los mismos.
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 INFORMACIÓN: 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 los 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 comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los precisto 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 surlaft@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 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: Si 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

Jaime Alberto Ortega M.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS

(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO identificado con CC-87062480 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

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

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Noviembre 20 de 2017.

Cordialmente,

Director Nacional Ingresos

87062480

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

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

RADICADO 123456

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **87062480,** se encuentra afiliado (a) desde **14/02/2011** 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 15 de noviembre de 2017.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

87062480	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Jairo	Alberto	Ortega	Melo
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

02-10-83	Linares	Calle 1c Bis # 19-32	3912505.
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	teléfono fijo

Coomeva	Colpensiones	$2'800.000=
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermero	10-01-18
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

jairoortega1983@hotmail.com	3102237323
Correo Electrónico	Celular

Jairo Alberto Ortega M.
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 52.431.204

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

La persona identificada con CC-87062480 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 101722686

WEB
01:47:02

Bogotá DC, 15 de noviembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 87062480:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 15 de noviembre de 2017, a las 1:53:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	87.062.480
Código de Verificación	885939912017

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1889896

Bogotá D.C., 15 de Noviembre de 2017 - 3:59 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA Y SIETE MILLONES SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA** de PASTO

87062480

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_AG4E_593
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Siguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/11/2017 a las 01:56:58 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 87062480 y Nombres: ORTEGA MELO JAIRO ALBERTO

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

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

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

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 Nº 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República
Ministerio de Defensa
Gobierno en Línea
Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/11/22
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que el señor JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO
con Cédula de Ciudadanía número 87062480
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	008400753748
Fecha Apertura	2016/09/05

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0053 - OFICINA BARRIO RESTREPO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA

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

CUENTA DE AHORROS
0084 0075 3748

INFORME DEL MES: OCTUBRE /2017

Apreciado Cliente
JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO
JAIROORTEGA1983@HOTMAIL.COM

Saldo Anterior	$478.10
Más Créditos	$3,340,769.18
Menos Débitos	$3,341,000.00
Nuevo Saldo	$247.28
Saldo Promedio	$108,051.00
Saldo Total Bolsillo	$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha		Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
06	10	$ 3,340,760.00+	7133	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
07	10	$ 3,341,000.00-	0515	Retiro Efectivo en Ofic. con Tarjeta.	SALITRE PLAZA
31	10	$ 9.18+	0000	Rendimientos Financieros.	



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

DAVIVIENDA

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

CUENTA DE AHORROS
0084 0075 3748

INFORME DEL MES: AGOSTO /2017

Apreciado Cliente
JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO
JAIROORTEGA1983@HOTMAIL.COM

Saldo Anterior	$733.28
Más Créditos	$2,969,573.17
Menos Débitos	$2,970,000.00
Nuevo Saldo	$306.45
Saldo Promedio	$96,202.95
Saldo Total Bolsillo	$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha		Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
08	08	$ 2,969,565.00+	0280	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
09	08	$ 2,970,000.00-	4544	Retiro Efectivo en Ofic. con Tarjeta.	LA VALVANERA
31	08	$ 8.17+	0000	Rendimientos Financieros.	



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

DAVIVIENDA

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

CUENTA DE AHORROS
0084 0075 3748

INFORME DEL MES: SEPTIEMBRE /2017

Apreciado Cliente
JAIRO ALBERTO ORTEGA MELO
JAIROORTEGA1983@HOTMAIL.COM

Saldo Anterior	$306.45
Más Créditos	$3,155,171.65
Menos Débitos	$3,155,000.00
Nuevo Saldo	$478.10
Saldo Promedio	$105,598.08
Saldo Total Bolsillo	$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha		Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
08	09	$ 3,155,163.00+	5099	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
09	09	$ 3,155,000.00-	1728	Retiro Efectivo en Ofic. con Tarjeta.	SALITRE PLAZA 2
30	09	$ 8.65+	0000	Rendimientos Financieros.	



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA