

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 14:21:46



Buscar por proceso Menú ▼

Buscar...



Confirmación de registro de la entidad

Id de página:: 14001741 Ayuda ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Angie Lizeth Gonzalez Estrada ,

Angie Lizeth Gonzalez Estrada con el Número de documento 1013630885 creada

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

Haga clic aquí para continuar >

Finalizar



JOTA



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 05-jul-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GONZALEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ESTRADA	NOMBRES ANGIE LIZETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1013630885	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES MAR AÑO 1992 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá, D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 64 j 74-54 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá, D.C. TELEFONO 3107672064 EMAIL angielizethgonzalezestrada@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO bachiller academico	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES DICIEMBRE	AÑO 2010

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X	TRABAJADOR SOCIAL	12 2017	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 05-jul-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD outsourcing- ICBF	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6000222	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 10 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 5 MES 2 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO agente general	DEPENDENCIA trabajo social	DIRECCIÓN av 9 # 126-18	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD colegio altamira sur oriental	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3436143	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 11 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO investigador de apoyo	DEPENDENCIA orientación académica	DIRECCIÓN calle 42a sur 12a -27 este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD GAEMCOL	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3195272017	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 7 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 7 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Asesor social de proyectos	DEPENDENCIA proyectos	DIRECCIÓN carrera 39 # 30-55 sur	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 05-jul-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
unidad de servicios de salud rafael unibe uribe	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5966600	DÍA 18 MES 1 AÑO 2016		DÍA 5 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
practicante trabajo social	atención al usuario	carrera 12d 26a -62 sur	

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	1	9
PRIVADO	1	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	12

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 05-jul-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1013630885 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá, D.C.

Dirección calle 64 j 74-54

Teléfonos 3057452520 3107672064

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Gloria Estrada	42085321	MADRE
Guillermo Gonzalez	79261153	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	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00

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	456400070771	bogota	\$ 0,00

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
-------------------	----------	-------

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. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 05-jul-2018

CIUDAD Y FECHA



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Resolución 828 de 1996, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Confere el Título de Trabajadora Social

A

Angie Lizeth González Estrada

C.C. No. 1013630885 de Bogotá D.C.

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos y las disposiciones legales. En testimonio de ello otorga el presente Diploma, en la ciudad de Bogotá D.C., el 13 de Diciembre de 2017.

[Signature]
Rector

[Signature]

[Signature]
Decano

Secretario General

Libro 14 Acta 137 Folio -28 Registro 21699
Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2017.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

ACTA DE GRADO No. 137

En Bogotá D.C., República de Colombia, el trece (13) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), se reunieron en el Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada: la Rectora, doctora Olga Lucía Díaz Villamizar; la Decana de la Facultad de Ciencias Sociales, doctora Patricia Duque Cajamarca; y la Secretaria General de la Universidad, doctora Patricia Inés Ortiz Valencia, con el fin de presidir la Ceremonia de Grado de:

ANGIE LIZETH GONZÁLEZ ESTRADA
C.C. 1013630885 de Bogotá D.C.

Quien terminó sus estudios, cumplió los requisitos de Ley y los Reglamentos de la Universidad. En testimonio de ello la Institución le otorgó el título de **TRABAJADORA SOCIAL**.

Resolución 828 de marzo 13 de 1996, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

Previo juramento se entregó el diploma a la graduanda.

(Fdo.) La Rectora, Olga Lucía Díaz Villamizar

(Fdo.) La Decana de la Facultad, Patricia Duque Cajamarca

(Fdo.) La Secretaria General, Patricia Inés Ortiz Valencia

En constancia, firma la presente acta

LA SECRETARIA GENERAL,

PATRICIA INÉS ORTIZ VALENCIA

Registro Diploma: 21699 Libro No. 14 – 13 de diciembre de 2017

Magda A.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

Resolución 828 de marzo 13 de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Ciencias Sociales
Programa de Trabajo Social

Certificado de Asistencia

Otorgado a:

Angie Lizeth González Estrada

Cédula de Ciudadanía: 1.013.630.885

Quien Asistió al Encuentro Nacional

Perspectivas Contemporáneas de Trabajo Social y Retos de la Formación Profesional en Colombia

Realizado en Bogotá, D. C., entre los días 2 y 3 de septiembre de 2015, con una intensidad total de 18 horas

En constancia se firma la presente en Bogotá, D.C., el día 3 del mes de septiembre de 2015

Uemmercio Santos
Decano Facultad de Ciencias Sociales

Enitha González
Vicerector Académico



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

Resolución 828 de marzo 13 de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional

*Facultad de Ciencias Sociales
Programa de Trabajo Social*

Certificado de Asistencia

Otorgado a:

Angie Lizeth González Estrada

Cédula de Ciudadanía: 1.013.630.885

Quien Asistió al Seminario Internacional

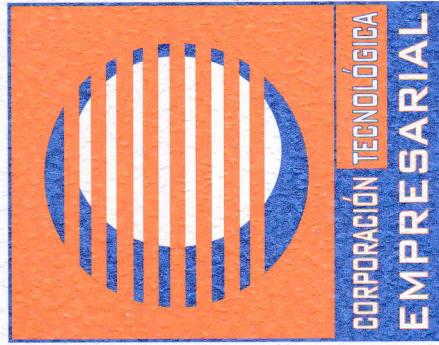
Alternativas del Desarrollo Humano y la Salud

Realizado en Bogotá, D. C., entre los días 30 septiembre y 1 de octubre de 2015, con una intensidad total de 18 horas

En constancia se firma la presente en Bogotá, D.C., el día 1 del mes de octubre de 2015

Vernencia Sotol
Decano Facultad de Ciencias Sociales

Guillermo Pazolua
Vicerrector Académico



CORPORACIÓN TECNOLÓGICA EMPRESARIAL

Resoluciones Oficiales Nos. 2127/02, 1575/03, 2258/03, 2558/03, 1695/06 S. E. D.

Certifica que

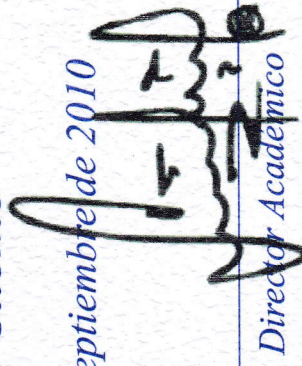
Angie Lizeth González Estrada

Identificado con D. I. No. 92030513934

*Asistió al Seminario de Actualización en
"Cultura del Servicio y Atención al Cliente"*

Dado en Bogotá, D. C., a los 18 días del mes de Septiembre de 2010


Representante Legal


Director Académico



CORPORACIÓN TECNOLÓGICA EMPRESARIAL

Resoluciones Oficiales Nos. 2127/02, 1575/03, 2258/03, 2558/03, 1695/06 S. E. D.

Certifica que

Angie Lixeth Gonzalez Estrada

Identificado con D. I. No. **92030513934**

*Asistió al Seminario de Actualización en
"La Habilidad mas Importante en los Negocios"*

Dado en Bogotá, D. C., a los 17 dias del mes de Julio de 2010

Amalia L. P. J.
Representante Legal

[Signature]
Director Académico

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Trabajadora Social
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

1013630885

Tarjeta profesional No:

1013630885

Dirección de contacto:

Cll 64J # 74-54

Teléfono:

3107672064

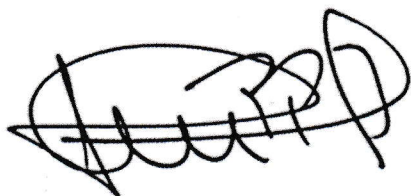
EL DIRECTOR DE ADMINISTRACION
DE PERSONAL DE OUTSOURCING S.A.
NIT 800211401-8

CERTIFICA

Que ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.013.630.885 laboró para nuestra compañía desde el 17 de Octubre de 2017 hasta el día 05 de Febrero de 2018 desempeñando el cargo de AGENTE-GENERAL para la cuenta de ICBF.

La anterior certificación se expide por solicitud del interesado (a) con destino a quien interese, en la ciudad de Bogotá el 21 de Febrero de 2018.

Cordialmente,



JUAN JOSE PINZON PIRIACHE
Director de Administración de personal

Página Web: www.outsourcing.com.co

E-Mail: comercial@outsourcing.com.co

Teléfonos: (571) 6000 222 Fax: (571) 6000222 Opción 5

Avenida 9 N° 126 – 18 Piso 3 Bogotá D.C.; Colombia

EL DIRECTOR DE ADMINISTRACION
DE PERSONAL DE OUTSOURCING S.A.
NIT 800211401-8

CERTIFICA:

Que ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.013.630.885 labora para nuestra compañía desde el 17 de Octubre de 2017 con un contrato a término OBRA O LABOR desempeñando el cargo de AGENTE-GENERAL con un salario mensual de (1.171.864,00)

Desempeñando las siguientes funciones:

- Atender con calidad, amabilidad y oportunidad a todos los niños, niñas, adolescentes y ciudadanos que soliciten atención en programas y servicios la entidad brinde, cumpliendo con los niveles de servicio exigidos por el ICBF.
- Utilizar los protocolos de atención, preguntas filtro y las respuestas a las preguntas más frecuentes, para la atención de acuerdo al tipo de petición realizada por los niños, niñas, adolescentes y ciudadanos.
- Suministrar al ciudadano la información y orientación requerida, prestar el servicio de manera cordial, escuchándolo e indagando el alcance de su necesidad, garantizando la veracidad, claridad y oportunidad del servicio brindado.
- Registrar todas las peticiones que se reciban por cualquier canal, en el Sistema de Información Misional – SIM del ICBF.
- Orientar y remitir al ciudadano, cuando el servicio así lo amerite, al punto de atención del ICBF, dependencia del ICBF o entidad del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, de acuerdo a su ubicación geo-espacial y la competencia para resolver la petición.
- Verificar si el ciudadano está previamente registrado en el Sistema de Información Misional – SIM.

Página Web: www.outsourcing.com.co

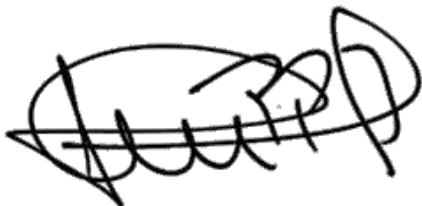
E-Mail: comercial@outsourcing.com.co

Teléfonos: (571) 6000 222 **Fax:** (571) 6000222 **Opción 5**
Avenida 9 N° 126 – 18 Piso 3 Bogotá D.C.; Colombia

- Clasificar y tipificar las peticiones de los niños, niñas, adolescentes y ciudadanos de acuerdo a los criterios fijados para cada petición en la herramienta tecnológica SIM.
- Georeferenciar y ubicar las direcciones en que se requiera hacer una verificación o constatación por parte de la Entidad.
- Asistir y participar en las capacitaciones que programe la Dirección de Servicios y Atención del ICBF.
- Gestionar las llamadas de salida que le sean asignadas, de acuerdo con la campaña que el ICBF solicite al operador del Centro de Contacto.
- Realizar control de calidad, trámite y cierre del 100% de las peticiones que ingresan durante su turno a través del Centro de Contacto.
- Cuando la solicitud del servicio lo amerite, de acuerdo con los protocolos establecidos por el ICBF, articular el Sistema Nacional de Bienestar Familiar con el fin de resolver la necesidad del ciudadano.
- Atender y direccionar todas las llamadas que ingresen al conmutador de la Sede de la Dirección General a las dependencias y profesionales del ICBF.
- Las demás que sean asignadas de conformidad con el cargo que desempeña en la operación.

La anterior certificación se expide por solicitud del interesado (a) con destino a QUIEN INTERESE, en la ciudad de Bogotá el 26 de Enero de 2018.

Cordialmente,



JUAN JOSE PINZON PIRIACHE

Director de Administración de personal

Página Web: www.outsourcing.com.co

E-Mail: comercial@outsourcing.com.co

Teléfonos: (571) 6000 222 Fax: (571) 6000222 Opción 5
Avenida 9 N° 126 – 18 Piso 3 Bogotá D.C.; Colombia



GESTION AMBIENTAL EMPRESARIAL DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICA:

Que Angie Lizeth González Estrada, identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1.013.630.885 de Bogotá laboró con Gestión Ambiental Empresarial de Colombia S.A.S. con un contrato por prestación de servicios desde el 11 de Julio de 2016 hasta el 3 de Julio de 2017, desempeñando el cargo de ASESOR SOCIAL DE PROYECTOS cumpliendo a plenitud sus funciones.

Se expide en Bogotá a los 7 días del mes de julio de 2017.

Atentamente,

Francy Herrera Parrado
Representante Legal

NIT: 900949761-5
Móvil: + (57) 3195272017 – 3015474918
Dirección: Cra 39 # 30 - 55 Sur
proyectos@gaemcolsas.com
www.gaemcolsas.com



ARCOS DORADOS COLOMBIA S.A.S

CERTIFICA:

Que ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1013630885, estuvo vinculado(a) a esta sociedad mediante contrato de trabajo a TERMINO INDEFINIDO POR HORAS desde el 17 de Abril de 2015 hasta el 24 de Junio de 2016, desempeñando el cargo ANFITRION (A).

La presente certificación se expide el día 07 de Julio de 2016.

Cordialmente,


ARCOS DORADOS COLOMBIA S.A.S.
NIT. 800.244.387-4
RECURSOS HUMANOS

YESENIA VASQUEZ

JEFE DE NOMINA

Nit. 800.244.387-4 ARCOS DORADOS COLOMBIA S.A.S Dirección CALLE 116 NO. 7 - 15 PISO 14 - Teléfono.
653 80 00 BOGOTÁ D.C., Colombia



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
Subred Centro Oriente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

Bogotá D.C., 2 de noviembre de 2016
RUU-REDCO-094-16

Señores
UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Programa de Trabajo Social
Ciudad

ASUNTO: Certificación de Proceso de Práctica

Reciban un cordial saludo,

Deseando éxito en el ejercicio de las labores cotidianas, escribo con el fin de realizar certificación que la estudiante ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA identificada con CC 1.013.630.885 de Bogotá participo en el proceso de Intervención comunitaria desarrollado por el grupo de práctica del Programa de Trabajo Social de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca en la Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente que se denominó: "FORTALECIMIENTO DE LAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL CAMI DIANA TURBAY Y LA UPA QUIROGA PERTENECIENTES A LA UNIDAD RAFAEL URIBE URIBE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. E INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA LOCALIDAD DURANTE EL PRIMERO Y SEGUNDO SEMESTRE DEL 2016"

Proceso estuvo orientado por las Docentes: Martha Lucia Acosta Rincón, durante el primer periodo académico de 2016 y por María Pilar Díaz Roa, durante el segundo periodo académico de 2016.

Cordialmente,

MARCELA CASTELLANOS CABRERA

Jefe de Oficina de Atención al Usuario y Participación Social

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



COLEGIO ALTAMIRA SUR ORIENTAL

Institución Educativa Distrital

DANE 111001141618 - NIT. 830110336-2 - Resolución de aprobación N° 2398 de agosto 14 de 2002
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Bogotá D.C. Noviembre 24 de 2017

Decana:

CLEMENCIA GAITÁN DIDIER
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

Asunto: constancia trabajo de grado.

Cordial Saludo.

El Colegio Altamira se permite constar que las trabajadoras sociales en formación **Angie Lizeth González Estrada** con CC: 1.013.630.885 y **Lady Estrella Guarín Luna** con CC: 28.553.927 realizaron su trabajo de grado *"Estudio de los factores protectores y de riesgo familiares y escolares en niños, niñas y adolescentes del Colegio Altamira IED ante el consumo de sustancias psicoactivas"*.

La presente se expide a solicitud de las interesadas el día veinticuatro (24) del mes de noviembre del año en curso.

Atentamente,

CLARA DENIS CABRERA AHUMADA
Rectora Colegio Altamira Sur Oriental IED



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Bogotá D.C 19 mayo de 2015

Señores

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

Ciudad

**Asunto: Certificación de finalización del proceso de práctica profesional
primer semestre de 2015**

Por medio de la presente dejamos constancia que los estudiantes que se relacionan a continuación

Nombre de la estudiante	Documento de Identidad
BARBOSA CHACÓN LADY VIVIANA	C.C. 1013650529
FAGUA GOMÉZ PAULA	C.C. 1015461867
GONZÁLEZ ESTRADA ANGIE LIZETH	C.C. 1013630885
JARRO CASTAÑEDA ODALYS ALIXI	C.C. 1020816301
OVIEDO MOSQUERA LEIDY CAROLINA	C.C. 1026585505
QUEVEDO CASTILLO ZULLY PAOLA	C.C. 1032475669
RIVERA BERDUGO CAMILA ANDREA	C.C. 1020780893
SÁNCHEZ GÓMEZ JHOAN SEBASTIÁN	C.C. 1032473414
VIVAS MEDINA JENNYFER VANESSA	C.C. 1033776413

Han realizado sus Prácticas Profesionales de Trabajo Social nivel caso individual y/o familiar, en el área de Educación, Realizando funciones de Acompañamiento socio - familiar a los casos asignados, Orientación a los estudiantes con bajo rendimiento escolar y apoyo al área de orientación. Desde el 19 de enero de 2015 hasta el 19 de mayo de 2015, acumulando un total de 320 horas de práctica, con una intensidad semanal de 20 horas.

Expedimos esta certificación a los 19 días del mes de mayo del año 2015

Atentamente,


Rafael Cuervo Matallana
Rector


Luz Stella Cañon
Coordinadora Académica



IED FRIEDRICH NAUMANN

Bogotá 30 de noviembre de 2014

CERTIFICA QUE

Las estudiantes mencionadas a continuación de 4 semestre del programa de Trabajo social de la Universidad colegio mayor de Cundinamarca realizaron la práctica académica de investigación social FACTORES DEL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN LA CONVIVENCIA ESCOLAR DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DEL COLEGIO FRIEDRICH NAUMANN I.E.D - SEDE A, EN EL PERIODO 2014-2. La práctica se desarrolló los días lunes, martes y miércoles desde 1 de agosto a 18 de noviembre de 2014.

Eliana Jhinnet Primiciero Jiménez cc. 1010227158

Diana Paola Angulo Quiñones cc. 1023002686

Angie Lizeth Gonzales Estrada cc. 1013630885

Loren Ximena Carreño Socará cc. 1016081519

Lady Carolina Oviedo Mosquera cc. 1026585505

Yuli Andrea León Ramirez cc. 1018456523

Yessica Lorena Medina Patiño cc. 1018473104

Atentamente,

MARTHA PAREDES SALAZAR

TRABAJADORA SOCIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.630.885**

GONZALEZ ESTRADA

APELLIDOS

ANGIE LIZETH

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

05-MAR-1992

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

B+

F

ESTATURA

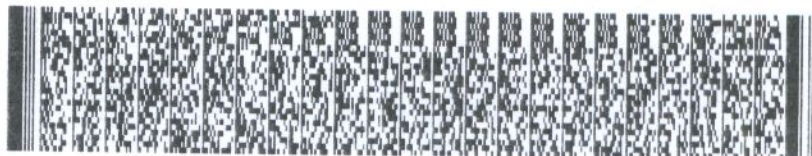
G.S. RH

SEXO

19-MAR-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00704571-F-1013630885-20150508

0044121212A 1

1363392325

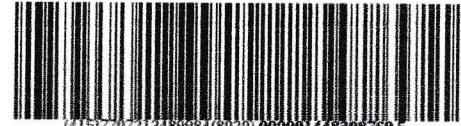
2. Concepto: **0 2 Actualización**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14483087695



(415)770/212489984(8020) 0000014483087695

5. Número de identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 3 6 3 0 8 8 5

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 1 3 6 3 0 8 8 5

27. Fecha expedición:

2 0 1 0 0 3 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0

31. Primer apellido

GONZALEZ

32. Segundo apellido

ESTRADA

33. Primer nombre

ANGIE

34. Otros nombres

LIZETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0

41. Dirección principal

CL 78 F 109 45

42. Correo electrónico:

angels_alge@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 0 5 7 4 5 2 5 2 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

7 2 2 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 9 1 8

Actividad secundaria

48. Código:

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 9 1 8

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 9 1 8

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ ESTRADA ANGIE LIZETH

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Hacienda
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Página 1/1

CONTRIBUYENTE

C.C. 1013630885

Fecha 19/09/2018

ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 78F 109 45
Dirección electrónica: ANGELS_ALGE@HOTMAIL. Teléfonos: 3057452520
Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC
Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: NO REGISTRA
Fecha inicio de Actividades: 18/09/2018 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 72201 - Investigaciones y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades como consultoría profesional
Actividad 2: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD





Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto No. 2833 de 1981

REGISTRO PROFESIONAL

Nº 1.013.630.885 de la
trabajadora social



Nombre: Angie Lizeth

Apellidos: González Estrada

Inscripción: 18 de julio de 2018

Resolución: 0406 (31 jul. 2018)

Código interno: 369631012

Registro profesional

Este documento es personal e intransferible y da derecho a ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia.



Sede del Consejo:

CALLE 78 N° 12 A - 15 • PBX: 530 9690
BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIC

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Centro Especializado en Vacunación

Nº 0392



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 - Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE:

Angie Lizeth Gonzalez

IDENTIFICACIÓN:

1013630885

TELÉFONO:

3057452520

F.N.:

05-03-92

Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya

Tel.: (01) 804 10 05 - Cel: 321 322 90 92 - 310 674 82 24 - 320 420 17 13

e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com • www.ipsvacunarcolombia.com

VEGILADO SuperSalud

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	18 SEP. 2018	ENERGIX L.AHBVC678AP V.08/2020	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.394.707-3
	2	18 DIC. 2018	ENERGIX L.AHBVC664AI V.08/2020	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.394.707-3
	3	18 MAR. 2019		
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			



DATOS PACIENTE

Nombres: ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA		
Tipo de Documento:	CC Documento	1013630885
Sexo F	F. Nacimiento:	05/03/1992 Edad: 26 Años
Entidad: PARTICULAR/OCCIDENTE		
Centro de Costo: N/A		
Cargo: TRABAJADORA SOCIAL		
Fecha de Atencion: 2018-07-05		
Fecha y Hora entrega resultados: 05/07/2018 11.31 AM		

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

VALORACION OPTOMETRICA. CONTROL ANUAL

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.
Hago constar que recibí copia de este documento.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): ZULMA YAMILE QUIMBAYO **RM:** LIC 4453

Firma y sello del Médico Evaluador

ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA
C.C. 1013630885
Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Edificio Bandera
Tel. (+1) 281 4505 - 286 5893 - 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel. (+1) 458 5819 - 203 8694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels. (+1) 282 6429 - 342 4834

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels. (+1) 447 0069 - 447 1401 - 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels. (+1) 4146397 - 260 64

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels. 805 1875 - 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-49
Tels. (+1) 257 9325 - 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Busalinas Center
Interior 141 - Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels. (+7) 697 37 34 - 301 737 28 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto
Tel. (+8) 674 0916 - 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector La Amador,
Calle 32 No 208 - 21 Piso 2 Tels. (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 518 No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel. (+5) 421 48 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel. (+2) 240 4734 - 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels. (+4) 412 1145 - 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Vonsalles
Tel. (+2) 380 9956 - 382 7337



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

FECHA: 18/09/2018 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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
González	Estrada	Angie	Lizeth
TIPO DE IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		Bogotá DC	19/03/2010
No IDENTIFICACION 1013630885			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
05/03/1992	Bogotá - Cundinamarca	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA			PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ CUAL: <input type="text"/>			Trabajadora Social

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 64J #74-54	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3107672064
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
angelizethgonzalezestrada@gmail.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		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	
		NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	LIBERAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐	

 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	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐
							NO ☒
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 C.O.			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☒	SAUD ☐	# NIT
							9009590517
EXPORTACIONES	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: ☒						
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS
Dg 34#5-43	3444444		Bogotá - Condinamarca		Condinamarca		Colombia
CARGO ACTUAL	Trabajador Social		FECHA VINCULACION				
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECARIA	
HONORARIOS	72'901.600	ARRIENDOS	300.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	400.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2'901.600	TOTAL EGRESOS	1'400.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES							
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
Orjuela	Orjuela		Rafael		Alberto		
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
Cll 78 F # 112 F 057	Bogotá - Condinamarca		Amistad		3138278576		
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ I ☐							
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: <input type="text"/>	

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.):

13 Trabajadora Social.

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 destinarán 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) 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 mí 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, 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) Controlar 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, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de 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 mí.

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, teléfono 344 44 84, e-mail sarlaf@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA 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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice-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) ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA identificado(a) con CC 1013630885 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 22/09/2017

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 18 días del mes de septiembre del año 2018.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA identificado(a) con C.C No. 1.013.630.885, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 18 de septiembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013630885

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Angie

Primer Nombre

Lizeth

Segundo Nombre

Gonzalez

Primer Apellido

Estrada

Segundo Apellido

05/03/1992

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá DC

Ciudad de Nacimiento

IC1164J#74-54

Dirección de Residencia

N/A

Teléfono Fijo

Cafam-Famisanar

EPS - Salud

Colfondos

AFP - Pensiones

\$ 2.901.600

Honorarios

Trabajadora Social

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

angielizethgonzalezestrada@gmail.com

Correo Electrónico

3107672064

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119725796



WEB

13:08:36

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 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) ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013630885:

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.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 27 de diciembre de 2018, a las 13:21:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013630885
Código de Verificación	1013630885181227132111

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 27 de Diciembre de 2018 - 13:03 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 TRECE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO**

1013630885

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 figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_KTMEN_0213**

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:13:52 horas del 27/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013630885**

Apellidos y Nombres: **GONZALEZ ESTRADA ANGIE LIZETH**

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.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/08/28

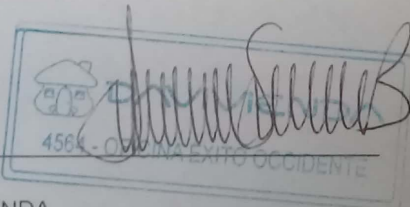
Por medio de la presente hacemos constar que la señora ANGIE LIZETH GONZALEZ ESTRADA
con Cédula de Ciudadanía número 1013630885
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 456400070771

Fecha Apertura 2017/08/28

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA