

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA			
PROCESO SOLICITANTE	FECHA	NOMBRES	
NOMBRE DEL CANDIDATO	DOCUMENTO	1030689536	
TELÉFONO	ACTIVIDAD SOLICITADA		
NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES). TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE			
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA ASESORIA DEL CONTRATO			
NECESIDAD DE PERSONAL OPS			
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
SI ☐ NO ☐			
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO			
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☐
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CHU	SI	☒
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☒
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☒
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriología, Citoistotecnólogo, Histocitotecnólogo) Resolución 2003 de 2014	SI	☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☒
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☒
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE:	SI	☒
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE:	SI	☒
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE - NOMBRE:	SI	☒
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
37	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
Vº/Bº Responsable Talento Humano	Fecha		
Vº/Bº Dirección Talento Humano	Fecha		

[illegible]

Información del usuario

Género

Cargo

Título

Nombre completo

Nombre y apellido

Código del empleado

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1030687536

Fecha de emisión

Expedido por

Fecha de expiración

Dirección

Código postal

Estado

municipio

Volio

0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99

12/20/2003
C:\Users\m...
to
02/20/2003
f

☒ Yes

1

[illegible]



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PAULA ALEXANDRA GUZMAN FELIX

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 98032859011 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRA 81 I N 51 C10 SUR

Teléfonos 3133886528 no tengo

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
maritza felix echeverria	52195001	MADRE
julio cesar guzman felix	1030655935	HERMANO(A)
david alejandro guzman felix	1030675847	HERMANO(A)
angie dayana guzman felix	1001014937	HERMANO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☐
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☒
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 8.273.448,00
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	\$ 8.273.448,00

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	468200062577	bosa centro	\$ 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
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 03-dic-2018

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 acasional o permanente son las siguientes:

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

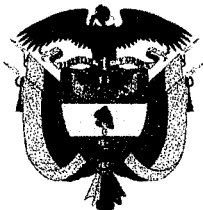
3. FIRMA

Paula Alexandra Gorman.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 03-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DETALLADA DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 03-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

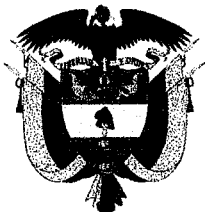
PRIMER APELLIDO GUZMAN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FELIX	NOMBRES PAULA ALEXANDRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 98032859011	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 28 MES MAR AÑO 1998 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 81 I N 51 C10 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO no tengo EMAIL paulaalexandragf@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO Auxiliar De Enfermería	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES JULIO	AÑO 2016



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 03-dic-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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

Bogotá,

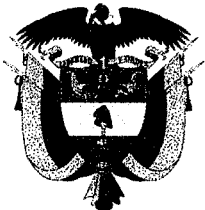
Paula Alexandra Guezman 04-12-18.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

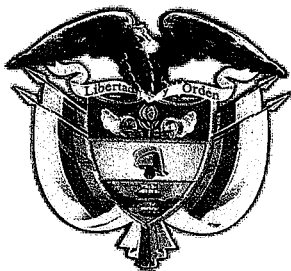
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 03-dic-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
Y en su nombre El

COLEGIO LEONARDO POSADA PEDRAZA I.E.D.

Resolución de funcionamiento 3495 del 26 de agosto de 2005. Nit 900065806-3. Inscripción DANE 111001104183.

*P.E.I. "Construcción de saberes para el ejercicio de la autonomía y formación
de ciudadanos con responsabilidad social y liderazgo"*

Confiere a:

Paula Alexandra Guzmán Félix

Identif. T.I. 980328-59011

El Título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios
correspondientes al nivel de Educación Media según los planes
y programas vigentes del Ministerio de Educación Nacional*



HÉCTOR EDUARDO RODRÍGUEZ BELTRÁN
RECTOR. C.C. 5'905.095

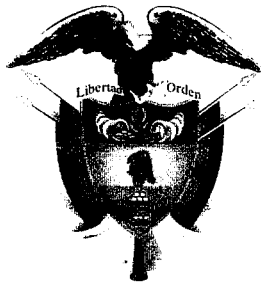
MARIBETH CASTRO CASTRO
SECRETARIA ACADÉMICA. C.C. 51'797.478

Libro No. 04 Acta General No. 09 Folio No. 02 Acta Individual No. 1790

Dado en Bogotá D.C. Colombia a los 27 días del mes de Noviembre de 2014

DIPLOMA No.

01790



República de Colombia
Centro de Capacitación
Cefap de la Caracas
Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acuerdo No. 13 del 12 de Diciembre de 1995 del Ministerio de Salud
Registro Renovado No. 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución No. 1460 del 22 de mayo de 1996, Registro Renovado No. 13077 del 23 de Junio de 2015
de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de Aptitud Ocupacional

a:

Paula Alexandra Guzmán Félix

Identificado(a) con C.C. No. 1.030.687.536 Expedida en: Bogotá D.C.

Quien cursó y aprobó el Programa de
Técnico Laboral por Competencias
Auxiliar en Enfermería

Con duración de 1800 horas

Dado en Bogotá, D.C. a 10 de Julio de 2016

Directora

Secretaria



Efigenia Molano de Guerrero
Efigenia Molano de Guerrero

Doris Patricia Guerrero Molano
Doris Patricia Guerrero Molano

Registro Libro 1 Folio 096 Acta 41.



ACTA DE GRADO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

COLEGIO LEONARDO POSADA PEDRAZA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

Resolución de funcionamiento 3495 del 26 de agosto de 2005. Nit 900065806-3. Inscripción DANE 111001104183.



En la ciudad de Bogotá D.C. COLOMBIA a los Veinte (20) días del mes de Noviembre de 2014

se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del grado **ONCE**

Los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO LEONARDO POSADA PEDRAZA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL**, aprobada hasta el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de **BOGOTÁ D.C.**, para otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO** según resolución Número 3495 del 26 de Agosto de 2005.

Verificada previamente la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios Correspondientes al Nivel de EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA, se procedió a otorgar el título de

BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

PAULA ALEXANDRA GUZMÁN FÉLIX

T.I. 980328-59011

Es fiel copia del Acta Original General de grados N° 09 de fecha 20/11/2014 que consta de una lista de 223 estudiantes graduados, que comienza con el nombre de CRISTIAN FABIÁN ABELLA ROMERO y se cierra con el nombre de VANESSA ZIPAQUIRÁ CAMACHO

Firmado y sellado por HÉCTOR EDUARDO RODRÍGUEZ BELTRÁN Rector C.C. 5'905.095

Y MARIBETH CASTRO CASTRO Secretaria C.C. 51'797.478

Dada en Bogotá D.C. a los 27 días del mes de Noviembre del año 2014 A.I. 1790

Firmado y sellado:

HÉCTOR EDUARDO RODRÍGUEZ BELTRÁN
Rector

MARIBETH CASTRO CASTRO
Secretaria



CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS

**PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES EN ENFERMERÍA
APROBACIÓN OFICIAL**

Reconocimiento



Acuerdo 013 de Diciembre 12 de 1995 Ministerio de salud- Registro Renovado
Acuerdo 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Resolución 1460 de Mayo 22 de 1996 Secretaría de Educación – Registro Renovado
No 13077 de Junio 23 de 2015 de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá



Resolución 01883/2013

ACTA INDIVIDUAL

Las suscritas Directora y Secretaria de **CEFAP DE LA CARACAS – EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO.**

CERTIFICAN:

Que en el libro de Actas No. 1 Folio No. 096 se halla inscrita la presente Acta No. 041.

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia el día 10 del mes de Julio de 2016 se celebró sesión solemne y pública bajo la Dirección de **Efigenia Molano de Guerrero** y actuando como Secretaria **Doris Patricia Guerrero Molano**, con el objeto de otorgar el certificado a los estudiantes aspirantes a ello.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General del Centro, La Directora y Secretaria otorgaron el Certificado de:

**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS
AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Con una Intensidad de 1800 Horas**

A:

GUZMAN FELIX PAULA ALEXANDRA C.C. No 1.030.687.536 DE BOGOTÁ D.C.

Se tomó juramento y se comprometió a cumplir con los deberes propios del ejercicio como Auxiliar en Enfermería y a mantener irrestricta lealtad a Cefap de la Caracas.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada a los 10 días del mes de Julio de 2016 del Acta General de Grados No. 041 que comienza con el nombre de Abril Peñuela Leidy Julieth y termina con el nombre de Vera Velasco Nasly Zareth.


EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora


DORIS PATRICIA GUERRERO MOLANO
Secretaria



EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS

CERTIFICA

Que PAULA ALEXANDRA GUZMAN FELIX identificado(a) con Tarjeta de Identidad No 98.032.859.011 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de CATEDRA VIRTUAL DE PENSAMIENTO EMPRESARIAL -MODULO I: MENTALIDAD EMPRESARIAL con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Cartagena, a los quince (15) días del mes de junio de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
FRANKLIN GABRIEL AMADOR HAWKINS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

FRANKLIN GABRIEL AMADOR HAWKINS
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLÍVAR

SENA: Una Organización con Conocimiento



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

PAULA ALEXANDRA GUZMAN FELIX

Con Tarjeta de Identidad No. 98.032.859.011

Cursó y aprobó la acción de Formación

CATEDRA VIRTUAL DE PENSAMIENTO EMPRESARIAL -MODULO I: MENTALIDAD EMPRESARIAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cartagena, a los quince (15) días del mes de junio de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
FRANKLIN GABRIEL AMADOR HAWKINS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

FRANKLIN GABRIEL AMADOR HAWKINS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOGOTÁ

36048483 - 15/06/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 930400120440TT98032859011C.

Bogotá D.C

Señores:

Cefap de la Caracas.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

Auxiliar de enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Paula Alexandra Germán

No. de documento:

1030687536.

Tarjeta profesional No:

11501.

Dirección de contacto:

PG 49 sur 85 17 Tor 114 1

Teléfono:

313 388 6528.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.030.687.536

GUZMAN FELIX

APELLIDOS

PAULA ALEXANDRA

NOMBRES

Paula Alexandra Guzman

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1998

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

O+

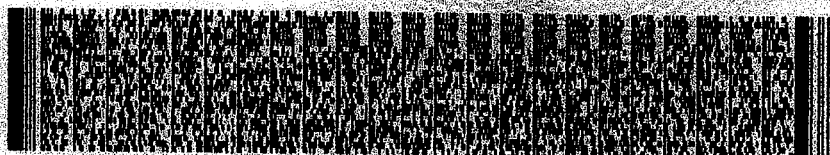
G.S. RH

F

SEXO

26-MAY-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

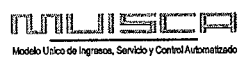
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-1500150-00923117-F-1030687536-20170719

0056493813A-1

9910075877

 DIAN <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14473612735	
		 <small>(415)7707212489984(8020) 0000014473612735</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 3 0 6 8 7 5 3 6 -		6. DV 4	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 3 0 6 8 7 5 3 6		27. Fecha expedición: 2 0 1 6 0 5 2 6	
28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.	
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		31. Otros nombres: ALEXANDRA	
32. Segundo apellido: FELIX		33. Primer nombre: PAULA	
34. Razón social:			
35. Nombre comercial:			
UBICACION			
36. País: COLOMBIA		37. Departamento: Bogotá D.C.	
38. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		39. Otros nombres: ALEXANDRA	
40. Dirección principal: CR 100 A 60 19 SUR			
41. Correo electrónico: paulaalexandragt@hotmail.com		42. Código postal: 1 1 3 3 8 6 5 2 8	
43. Teléfono 1: 44. Teléfono 2:			
CLASIFICACION			
45. Actividad económica principal: 46. Código: 8 6 9 2 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 8 0 7 1 2		48. Actividad económica secundaria: 49. Código: 50. Fecha inicio actividad:	
51. Otras actividades: 52. Código: 1 2		53. Ocupación: 54. Código:	
55. Responsabilidades, Calidades y Atributos: 56. Código: 1 2			
12-Ventas régimen simplificado			
57. Obligados aduaneros: 58. Código:		59. Exportadores: 60. Forma: ☐ 56. Tipo: ☐	
61. Servicio: 62. Modo: 63. CPC:		64. Servicio: 65. Modo: 66. 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: 1	
61. Fecha: 2 0 1 8 0 7 1 2			
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: RANGEL BERNAL JHONNATAN ANDREY 985. Cargo: Analista I	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 12-07-2018
Hora: 11:19:39 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1030687536-4 PAULA ALEXANDRA GUZMAN FELIX

Información

Dirección KR 100A 60 19 SUR
Teléfonos 3133886528
Dirección paulaalexandragf@hotmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 12/07/2018
Soporte Inscripción 23442451
Fecha Inicio Actividades 12/07/2018
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 11501 de 07/10/2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GUZMAN FELIX PAULA ALEXANDRA Identificado(a) con CC número 1030687536 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS el día 10/07/2016.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a GUZMAN FELIX PAULA ALEXANDRA identificado(a) con CC número 1030687536 expedida en BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

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

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 07/10/2016

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó :Sebastián Quiroz L.
Elaboró :Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 20 - DIC - 16
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Paula Guzman
CC. # 1030687536
Firma Paula Guzman

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Limpia

Resultado General - 2018-12-05--11:10:26 AM

Tipo Identificación		Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1030667536	PAULA	ALEXANDRA	GUZMAN	FELIX		Ver

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxóide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	02 FEB 2015	04032015 143401701	
	2	02 03 2015		
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxóide Tetánico Diftérico Td	1	23 ABR 2015	024830026	
	2	23 Mayo 2015		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	02-02-15		
	2	23 ABR 2015	143401701	
	3	23 Mayo 15		
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Paula Alexandra

Apellidos:

Guzmán Félix

Documento de identidad:

C.C. ☐ T.I. ☒ Pasaporte ☐ No. 98032859011

Fecha de Nacimiento:

Día Mes Año

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Paula Alexandra

Apellidos:

Guzmán Félix

Documento de identidad:

C.C. ☐ T.I. ☒ Pasaporte ☐ No. 98032859011

Fecha de Nacimiento:

Día 28 Mes 03 Año 1998

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres

Apellidos

Documento
de Identidad

Fecha de
Nacimiento

Carlos Alberto
Gonzalez
1234567890
28/03/1978

Vacunación		Fecha	
1	03/12/18	03/12/18	03/12/18
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Vacunación		Fecha	
1	03/12/18	03/12/18	03/12/18
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

MEDICLINICO SANTA ANA IPS Y CIA S EN C.

Carrera 3 este N° 6 - 21

Tel 3 33 11 98 - 2 80 47 68

Certificado De Salud Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular

Fecha	Documento	Nombre
2018-08-09	1030687536	PAULA ALEXANDRA GUZMAN FELIX
Sexo	Nacionalidad	Ciudad
Femenino	COLOMBIANA	BOGOTA
Fecha nacimiento	Edad	Lugar nacimiento
1998-03-28	20 años, 4 meses y 12 días	BOGOTA



Estado civil	Telefono	Direccion	Empresa
Union libre	3133886528	CARRERA 100A 60#19 SUR	OTRA
Escolaridad	Profesion	Oficio	Nit
TECNICO	AUX DE ENFERMERIA	AUX ENFERMERIA	00004

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Tiempo	Cargo	Factores de riesgo	Tipo de Riesgo	Epp
MEDERI	1 AÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	F,Q,E,M,L	E,D	COMPLETOS

Factores de riesgo: F : Fisico Q : Quimico E : Ergonomico M : Mecanicos L : Locativos P : Psicolaborales O : Otros

APTITUD

☐ APTO CON PATOLOGIA (Que NO interfieren en su trabajo)	☐ APTO CON LIMITACIONES (Que interfieren en su trabajo)	☐ APTO CON LIMITACIONES (NO APTO para realizar la labor especifica)
☒ APTO SIN LIMITACIONES	☐ APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

Segun exámenes solicitados por la empresa remitente

☒ EXAMEN DE INGRESO	☐ EXAMEN PERIODICO	☐ EXAMEN DE EGRESO
☐ APLAZADO	RAZON:	
IMPRESION DIAGNOSTICA	JOVEN SANA ACTUALMENTE	
☒ HIGIENE POSTURAL	☒ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION	☐ USA LENTES PERMANENTE
☒ VALORACION POR S.O. ANUAL	☒ CAPACITACION EN SU AREA DE TRABAJO	☐ REMISION ESPECIALISTA
☒ REALIZA PAUSAS EN SU LABOR	☐ REALIZAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS	☐ ESQUEMA VACUNACION ADULTO
☒ RECOMENDACION CREMAS HUMECTANTES PARA LA PIEL	HABITOS NUTRICIONALES ADECUADOS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DE PESO, CONTROL MEDICO PERIODICO	☐ CONTROL DE COMORBILIDAD EPS
☐ SEROLOGIA		

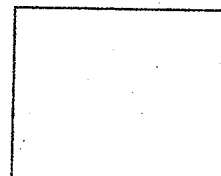
YO Paula Alexandra Guzman Felix identificado con cédula de ciudadanía 1030687536

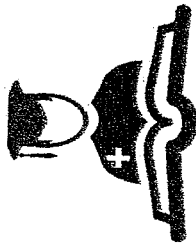
Declaro que no he omitido ni alterado la informacion aportada por mi, la cual es veraz y se ajusta a mi condicion actual y real de la salud al ingreso de la empresa.

Gloria Rincon Izquierdo
Medica Esp. Salud Ocupacional
R.M. 1938/2006
U.S.O. 7857/2013

Dr. Gloria Rincon Izquierdo
Cédula: 52355057 Registro: 7857/2013

Paciente: Paula Alexandra Guzman Felix
Cédula: 1030687536





Fundación Educativa
San Juan de Dios
si educamos formamos país

LA FUNDACIÓN EDUCATIVA SAN JUAN DE DIOS

Con Personería jurídica 444 de 2017 de la secretaría de Educación de Bogotá

Certifica que:

PAULA ALEXANDRA GUZMAN FELIX

1.030.687.536 de Bogotá

Asistió al curso :

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

El curso sigue los lineamientos establecidos en las resoluciones: 2003/2014, 459/2012, y las leyes: 1146/2007 a nivel nacional para todo el personal de la salud con una intensidad de 20 horas.

Dado en Bogotá, 1 de Diciembre de 2018 (validez de 2 años)



Teresa Rodríguez Jiménez

Directora FESJD

www.fundacioneducativasanjuanadedios.org.co

Celulares: 3224650033-2095511

Sede: Avenida Calle 22 sur 18-38 Restrepo. Bogotá D.C.

FUNDACIÓN EDUCATIVA FUNDEINPRO

La fundación educativa FUNDEINPRO NIT. 900.709.510 - 4 Convenio interinstitucional con la ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA FORMATES resolución de aprobación 820 marzo 14 de 2003 y 2271 Junio 22 de 2006 S.E.B acuerdos 43 y 062 expedidos por el ministerio de salud Y 110155 DE JULIO DE 2011.

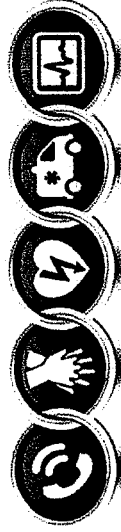
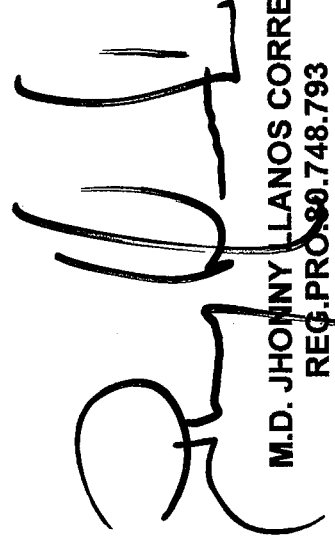
HACE CONSTAR QUE:

GUZMAN FELIX PAULA ALEXANDRA.

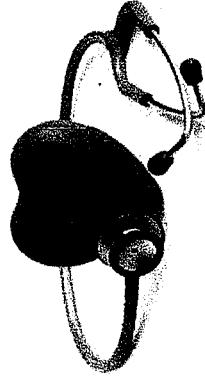
C.C. 1.030.687.536 DE BOGOTÁ.

**ASISTIO AL CURSO DE SOPORTE
VITAL BASICO.**

DADO EN BOGOTÁ EL DIA 04 DE AGOSTO DE 2018 CON UNA VIGENCIA DE 1 AÑO PARA NUEVA ACTUALIZACION
CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS.



M.D. JHONNY LLANOS CORREA
REG.PRO. 90.748.793
DIRECTOR GENERAL DE FUNDEINPRO



SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAT

FECHA: 30-Nov-18 CIUDAD: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Condinamarca.

Distiguado 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 A EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Guzman SEGUNDO APELLIDO: Felix PRIMER NOMBRE: Paula SEGUNDO NOMBRE: Alexandra.
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1030687536. LUGAR EXPEDICION: Bogotá D.C. FECHA EXPEDICION: 26-Mayo-2016.
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 28-03-1998 CIUDAD NACIMIENTO: Bogotá. PAIS NACIMIENTO: Colombia. NACIONALIDAD: Colombiana.
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: Hijo NUMERO DE HIJOS: 1 TELEFONO CELULAR: 313 3886528

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL: Auxiliar de Enfermeria. Auxiliar enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA: 06 49 Sur 85 A-10114 Tor 4 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Condinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA:

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: Galeano SEGUNDO APELLIDO: Cueto PRIMER NOMBRE: Michael SEGUNDO NOMBRE: pavel.
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1012439565 LUGAR EXPEDICION: Bogotá D.C. FECHA EXPEDICION: 22-enero-2015.
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: Colombiano.

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA:
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☐ IVA ☐ SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692
NO ☒ TGA ☐ SI ☐ NO ☒ PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR SI ☐ AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRADOR DE RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒		
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		SERVICIOS ☐	IND ☐
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: X	ALIMENTOS ☐			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
PASIVOS					
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS*	30	TOTAL EGRESOS*	30	TOTAL ACTIVOS*	30
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
Cueota		Leguizamo		Patricia	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR	
CLSG#78J-82 Sur.		Bogotá/condinamarca.		Suegra 323 228 9832.	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
Davivienda		Ahorros		468200062577 Baza centro.	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORT ☐ EXPORT ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ CUAL: ☐					
8. DECLARACIÓN 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
Auxiliar enfermería					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)					
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se 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 numerados anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.					
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

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

Paula Alexandra Guzman

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

XI 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:	

XII 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 830.003.564-7

* 0 6 2 3 4 3 1 8 7 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación

2018/03/23

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite

- A. Afiliación ☒
B. Reporte de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliación

- A. Individual: Cotizante o cabeza de familia ☒
Beneficiario o afiliado adicional ☐

- B. Colectiva ☐
C. Institucional ☐
D. De oficio ☐

3. Régimen

- A. Contributivo ☒
B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado

- A. Cotizante ☒
B. Cabeza de familia ☐
C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante

- A. Dependiente ☐
B. Independiente ☒
C. Pensionado ☐

Código
(a registrar por la EPS)

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad

8. Número del documento de identidad

9. Sexo

Femenino ☒ Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento

2018/03/23

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

Femenino ☐ Masculino ☐

23. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

24. Apellidos y nombres

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

Femenino ☐ Masculino ☐

28. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

35. Ubicación

36. Tipo de documento de identidad

37. Número del documento de identidad

38. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

40. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

41. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

42. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

43. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

44. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

45. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

46. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

47. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

48. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

49. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

50. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

51. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

52. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

53. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

54. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CO ☐ SC ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y sentencia pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración sobre la ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

66. Identificación de la Entidad Territorial

67. Datos del SISBEN

68. Fecha de validación

69. Datos del funcionario que realiza la validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

71. Datos del funcionario que realiza la validación

72. Datos del funcionario que realiza la validación

73. Datos del funcionario que realiza la validación

74. Datos del funcionario que realiza la validación

75. Datos del funcionario que realiza la validación

76. Datos del funcionario que realiza la validación

77. Datos del funcionario que realiza la validación

78. Datos del funcionario que realiza la validación

79. Datos del funcionario que realiza la validación

80. Datos del funcionario que realiza la validación

81. Datos del funcionario que realiza la validación

82. Datos del funcionario que realiza la validación

83. Datos del funcionario que realiza la validación

84. Datos del funcionario que realiza la validación

85. Datos del funcionario que realiza la validación

86. Datos del funcionario que realiza la validación

87. Datos del funcionario que realiza la validación

88. Datos del funcionario que realiza la validación

89. Datos del funcionario que realiza la validación

90. Datos del funcionario que realiza la validación

91. Datos del funcionario que realiza la validación

92. Datos del funcionario que realiza la validación

93. Datos del funcionario que realiza la validación

94. Datos del funcionario que realiza la validación

95. Datos del funcionario que realiza la validación

96. Datos del funcionario que realiza la validación

97. Datos del funcionario que realiza la validación

98. Datos del funcionario que realiza la validación

99. Datos del funcionario que realiza la validación

100. Datos del funcionario que realiza la validación

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) PAULA ALEXANDRA GUZMAN FELIX identificado(a) con C.C No. 1.030.687.536, 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 08 de agosto 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

1030687536

Numero de Documento

Bolivar

ARL

Paula

Primer Nombre

Alexandra

Segundo Nombre

Guzman

Primer Apellido

Felix

Segundo Apellido

28 - Mar - 1998

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota

Ciudad de Nacimiento

KR 85 Nbsi A

Dirección de Residencia

763 00 55

Teléfono Fijo

Colsubsidio - Familiar

EPS - Salud

Colfondos

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Auxiliar enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Paulaalexandra6F@hotmail.com

Correo Electrónico

313 388 6528

Celular

Paula Alexandra Guzman

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 120201555



WEB

18:51:08

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de enero del 2019

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) PAULA ALEXANDRA GUZMAN FELIX identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030687536:

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 martes 08 de enero de 2019, a las 18:53:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030687536
Código de Verificación	1030687536190108185334

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., 8 de Enero de 2019 - 18:55 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 TREINTA MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS**

1030687536

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: **1_INTNR_5518**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:59:06 horas del 08/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 1030687536

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.



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



Gobierno en
Línea

Todos los derechos reservados.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/08/09

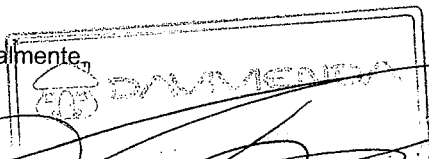
Por medio de la presente hacemos constar que la señora PAULA ALEXANDRA GUZMAN FELIX
con Cédula de Ciudadanía número 1030687536
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 468200062577

Fecha Apertura 2016/12/17

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA