Escritorio

Ir a

UTC -5 13:16:07

wendy jinneth rac...

Buscar...

Id de página: 1400187 Ayuda

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0 0 0 0

Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al SECOP II.



Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario > Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...

Más información

Oportun Recibidas

Sin oportunidades

Más información

© 2014 Vortal
© 2014 Vortal

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

Ultima Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RACINES	RINCON	WENDY JINNETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC (X) CE ( ) PAS ( ) No. 1022429192 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 30 MES AGO AÑO 1997

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 8a numero15-22 apartamento 25

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

CIUDAD: Sibaté TELEFONO: 7251432

EMAIL: samuel_morocho@live.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 BASICA											TITULO: bachiller académica
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° (X)	MES: DICIEMBRE AÑO: 2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8		X	ENFERMERO (A)	12	2018	
TC	3	X		AUXILIAR EN ENFERMERÍA	9	2015	

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-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: Red Centro oriente Seccional Santa Clara	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: samuel_morocho@live.com	
TELÉFONOS: 2880519	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 8 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA: salas de cirugia	DIRECCION: primera con 14	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: COOPSIN C.T.A	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: Soacha	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 7266713-5799572	FECHA DE INGRESO: DIA 12 MES 12 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA 11 MES 3 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar en enfermeria	DEPENDENCIA: hospital cardio vascular del niño de	DIRECCIÓN: calle 32 No. 6D 29 E	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	2	4
PRIVADO	0	2
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACION 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, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización 13-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Wendy Reyes R.
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.

Bogotá D.C 13-Diciembre-2018.
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Última Actualización 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, WENDY JINNETH RACINES RINCON
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022429192 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Sibaté
Dirección Carrera 8a numero15-22 apartamento 25 **Teléfonos** 3118101252 7251432

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUZ MARINA RINCÓN HERNANDEZ	52221183	MADRE
LUIS RICARDO RACINES OBANDO	79827583	PADRE
SAMUEL CAMILO TORRES RACINES	1072194522	HIJO(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	$ 20.400.000,00
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	$ 20.400.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	0550008400755818	SIBATE	$ 1.000,00
GNB SUDAMERIS	AHORROS	90010916050	BOGOTA D.C	$ 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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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
Última Actualización: 13-dic-2018

ICETEX	estudios	$ 380.000,00
CODENSA	CREDITO	$ 100.000,00

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** (X) **NO** ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
DONALDO BAUTISTA OVIEDO	C.C (X) C.E ( ) T.I. ( )	1015399949

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

Wendy Ramos R

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Liceo Samper Uribe

Sibaté - Cundinamarca

Autorizado por la Secretaría de educación Cundinamarca
según Resolución No. 001279 del 6 de Septiembre de 2000.

Confiere a :

Racines Rincon Wendy Jinneth

Identificado (a) con: D.I. 97083014494 Sibate

El Título de:

Bachiller Academico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes.

Wilson Manuel Contreras
Rector

Alvaro Cubillos Parraga
Secretario

Libro de Registro No 5 Acta No. 48 Folio No 59

Dado en Sibate, Cundinamarca., a los 30 días del mes de Noviembre del año 2013.

Se requiere registro de la Secretaría de Educación, según decretos No. 921 del 5 de Mayo de 1994
expedido por el Ministerio de Educación Nacional.
y 2150 del 5 de diciembre de 1995, Presidencia de la República.

La República de Colombia
y en su nombre

PREDESALUD®

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Debidamente autorizado por la Licencia de funcionamiento Nº 07-0100 del 18 de Agosto de 2009, de conformidad con el Acuerdo Ejecutivo No. 0388 del 03 de Agosto de 2010 del Ministerio de Protección social y por la Resolución No. 07-0268 del 31 de Agosto de 2010 de la Secretaría de Educación de Bogotá D. C.

Confiere a:

Racines Rincón Wendy Jinneth

Identificada con C.C. No. 1.022.429.192 de Bogotá D.C.

El Certificado de:

Aptitud Ocupacional por Competencia

Por haber cursado y aprobado el programa de:

Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería

Con una intensidad horaria de 1.800 Horas.

Bogotá D.C., 12 de Septiembre de 2015

PREDESALUD
DIRECTORA PEDAGÓGICA

Martha Lucía Ramírez
Directora Pedagógica

PREDESALUD
GERENTE ADMINISTRATIVO

Joselin Ardila González
Gerente Administrativo

Certificado Nº _____

LICEO SAMPER URIBE
ASCENDE SUPERIUS
SIBATE CUNDINAMARCA

Acta General de Grado
Liceo Samper Uribe

En Sibaté - Cundinamarca, a los 30 días del mes de Noviembre del año 2013 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del LICEO SAMPER URIBE, Institución aprobada hasta nueva visita, en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Titulo de Bachiller Académico, según Resolución No 001279 del 06 de Septiembre de 2000.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios, correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Titulo de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

Racines Rincon. Wendy Jinneth

D.I. 97083014494 De Sibaté

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.48 del 30 de Noviembre de 2013 que consta de 38 estudiantes; comienza con el nombre de **ACEVEDO CEPEDA DANIELA** y termina con el nombre de **VELANDIA CRUZ WENDY NATHALIA**

No requiere registro de la Secretaria de Educación, según Decreto No 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

Dada en Sibaté., a los 30 días del mes de Noviembre de 2013

Firmado y Sellado

LICEO SAMPER URIBE RECTORIA

WILSON MANUEL CONTRERAS
RECTOR
C.C. 79.182.404 de Sibaté (C/mca)

LICEO SAMPER URIBE SECRETARIA

ALVARO CUBILLOS PARRAGA
SECRETARIO
C.C. 3.179.779 de Sibaté (C/mca)

6

PREDESALUD

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Acta de Certificación No 027

En la ciudad de Bogotá D.C., el día 12 de septiembre de 2015, se llevó a cabo el Acta de Certificación, presidida por la Doctora MARTHA LUCIA RAMIREZ SUAREZ, Directora de la Institución, en la cual "PREDESALUD", Educación para el trabajo y el Desarrollo humano, debidamente autorizado por la Licencia de funcionamiento Nº 07-0100 del 18 de Agosto de 2009, de conformidad con el Acuerdo Ejecutivo No. 0388 del 03 de Agosto de 2010 del Ministerio de Protección social y por la Resolución No. 07-0268 del 31 de Agosto de 2010 de la Secretaría de Educación de Bogotá D. C., y previo el juramento reglamentario, confiere a:

RACINES RINCON WENDY JINNETH

Identificada con C.C. Nº 1.022.429.192 de Bogotá D.C.

EL CERTIFICADO DE

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS

Certificado Nº 0709

Por haber cursado y aprobado el programa de:

TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA

Cumpliendo los requisitos Académicos de 1.800 horas teórico prácticas y las exigencias establecidas en los reglamentos de la Institución. En Fe de lo anterior se firma la presente Acta de Certificación, en la ciudad de Bogotá D.C., a los 12 días del mes de septiembre de 2015.

PREDESALUD
DIRECTORA PEDAGÓGICA

Martha Lucia Ramírez
Directora Pedagógica

PREDESALUD
GERENTE ADMINISTRATIVO

Joselín Ardila González
Gerente Administrativo

PREDESALUD

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

¡Su Progreso es Nuestro Compromiso!

ISO 9001 · IQNet · NTC 5555

Debidamente autorizado por la secretaria de educación del distrito capital según resolución No. 12-0460 del 06 de Noviembre de 2012

Certifica que:

RACINES RINCÓN WENDY JINNETH
CC. 1.022.429.192 DE BOGOTA D.C.

Asistió al curso de **LABORATORIO CLINICO Y TOMA DE MUESTRAS** en nuestra institución

Con una intensidad horaria de 20 horas.

En Bogotá a los 18 días del mes de Junio de 2016

JEFE DIANA BERNAL
ENFERMERA INSTRUCTORA

Sandra Mendoza S.
R.P. 57[illegible]
SUBDIRECTORA PEDAGOGICA
PREDESALUD

SANDRA MILENA MENDOZA
SUBDIRECTORA PEDAGÓGICA

7.

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

PRODESALUD

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo WENDY JINNETH RAMIREZ RINCON, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: WENDY RAMIREZ R.

No. de documento: 1022429192

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto: CARRERA 8A N° 15-27 APTO 25.

Teléfono: 3118101252

COOPSIN

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVICIOS INTEGRALES COOPSIN
Nit : 830123989-8

COOPSIN C.T.A.

CERTIFICA QUE:

Que El(La) Señor(a) **RACINES RINCON WENDY JINNETH**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1022429192 de BOGOTA, se afilió a través de un convenio asociativo de trabajo indefinido con la cooperativa, a partir del 12 de diciembre del 2015 hasta el 11 de marzo del 2016, percibiendo una compensacion ordinaria y unos fondos sociales agotables mensuales hasta por un total de **UN MILLON CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE**($1045800.oo). En calidad de trabajador asociado cumpliendo actividades específicas como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el frente **PROCARDIO**.

La presente se expide a solicitud del trabajador asociado(a) 11 de abril del 2016 en Soacha.

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVICIOS INTEGRALES NIT 830123989-8

DIANA ROMERO AVENDAÑO
Coordinadora

Nota: Certificación impresa desde sitio web, firma digitalizada, favor confirmar los datos en los teléfonos relacionados.

Dir : Calle 32 No. 6D-29 E - Cel : 3103331357 - Tel : 726 6713 Fax 579 9572
SOACHA - COLOMBIA

10

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

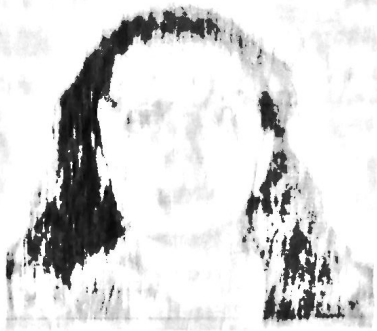
NÚMERO 1.022.429.192

RACINES RINCON

APELLIDOS

WENDY JINNETH

NOMBRES



WENDY RACINES R

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1997

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

31-AGO-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00852715-F-1022429192-20161003 0051584767A 2 1264101009

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicios y Control Automatizado

001

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: **14381559031**

(415)7707212489584(8020) 000001438155903 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1022429192	1	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1022429192	20150831

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RACINES	RINCON	WENDY	JINNETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Sibaté 740

41. Dirección principal: CR 8 A 15 22 AP 25 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2:
samuel_morocho@live.com		7251432	3118101252

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	20160712					5132	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	20																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 20160713

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:

964. Nombre: MATEUS VARGAS MARIA FERNANDA
965. Cargo: *Analista I*

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 02-10-2017 12:17:44PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

Fecha: 02-10-2017
Hora: 1:35:19 PM

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1022429192-1 WENDY JINNETH RACINES RINCON

Información General

Dirección KR 8A 15 22 AP 25 LA ESPERANZA

Teléfonos 7251432-3118101252

Dirección electrónica samuel_morocho@live.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 22439849

Fecha Inicio Actividades 12/07/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # 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 Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002261823

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **13513** *de* **21/10/2015**

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA 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) RACINES RINCON WENDY JINNETH Identificado(a) con CC número 1022429192 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE PREVENCION Y EDUCACION PREDESALUD el día 12/09/2015.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes,

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a RACINES RINCON WENDY JINNETH identificado(a) con CC número 1022429192 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 **21/10/2015**

Isabel Cristina Artunduaga P.
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)
ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 18-DICIEMBRE-2015
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) WENDY RACINES R
CC. # 1022 429 192
WENDY RACINES R

Reviso : Daniel Ortiz B.
Elaboro : Víctor Sánchez

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1022429192

Primer Nombre *

Wendy

Primer Apellido *

Racines

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-14→12:02:22 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1022429192	WENDY	JINNETH	RACINES	RINCON	**Ver**

Información Detallada [CC: 1022429192] WENDY JINNETH RACINES RINCON

2018-12-14→12:02:22 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	NO DISPONIBLE	2015/10/21	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2015/10/21	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

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:	Wendy Jinneth
Apellidos:	Racines
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 1022 429192
Fecha de Nacimiento:	Día Mes Año

BIOTOSCANA S.A.
SU ÁNGEL PROTECTOR EN SALUD

CARRERA 21 No. 22-30 SUR - 2° PISO - CEL.: 311 587 95 91
Barrio Olaya - Bogotá, D.C. Colombia
blanca.rojas98@hotmail.com

CARNET DE VACUNACIÓN

NIT. 41798614-6 CODIGO PRESTADOR 110010985301

Nombre:	Wendy Racines
Dirección	
Teléfono:	
H.C.:	97080144944
Entidad Vacunadora	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	30 SET. 2015	013N4020A	compensar / salud Juan Pablo
Toxoide Tetánico Diftérico	1	30 SET. 2015	D2222 7/13	Juan Pablo
	2	19 FEB 2016	D225	
	3			
	4			compensar / salud
	5			
Contra Hepatitis B	1	30 SET. 2015	AHABV1409AP	Juan P
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				compensar / salud
Contra Influenza		30 SET. 2015	U1350AA2 / 16	Juan Pablo
Virus de Papiloma Humano				

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B HEPAVAX GENE	1a.	18-05/14	05Y1004Y	
	2a.	21-06/14	05Y1004Y	
	3a.	26-07/14	05Y1004W	

INFLUENZA AGRIPAL * SI	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA		FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

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

TRIPLE VIRAL MORUPAR *	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a.			

11:15 a. m.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Nro. 62342

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR. He autorizado al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi persona un(os) [illegible] (ocupacional), registrado en este documento. Confirmo que he registrado en la historia clínica Ocupacional. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, los Riesgos/temor y riesgos del examen médico y/o Paraclínicos ocupacional(es), a partir de la anterior información sobre de la seguridad y temor de procedure. He sido informado de los resultados que tuvieron Medical Protection para proteger la confidencialidad de mis resultados. Revelo según del concepto medico ocupacional. Considerando esto no tengo bajo la gravedad de juramento que los siguientes datos por mí (esta solicitud) suministrados son completos y verídicos. Autorizo a Medical Protection Ltda. Para que suministrar a los patronos o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en el documento, para que la traten conforme dentro del programa de salud ocupacional.



INFORMACION DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa Cliente	Direccion de trabajo	Telefono
PARTICULAR		

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Nombres Apellidos	Documento de Identidad	Edad
WENDY JINNETH RACINES RINCON	1022429192	18
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR- H. SANTA CLARA	
SE REALIZO EXAMEN DE: INGRESO,	Fecha de Realizacion 18/07/2018 Hora Ingreso 11:43 Salida 12:19	

EXAMENES PRACTICADOS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL,

CONCEPTO OCUPACIONAL: LABORALMENTE APTO, , ,,

DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Z021

CONCLUSION OCUPACIONAL

DE ACUERDO AL EXAMEN MEDICO REALIZADO A LA SRA. WENDY JINNETH RACINES RINCON, SE CONSIDERA:

1 - SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL A LA FECHA, Y/O DE ENFERMEDAD COMUN QUE SE PUEDA AGRAVAR CON EJERCICIO DE LA LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS

1 - PRACTICAR Y CONSERVAR AUTOCUIDADOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

2 - REALIZAR EJERCICIO REGULAR Y CONTROLADO, 3 VECES A LA SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA/DIA, ACORDE CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD.

3 - CONTROL MEDICO INTEGRAL EN PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SU EPS.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

LEGALES:

1 - CONOCER Y CUMPLIR PROGRAMAS SISOMA DE LA EMPRESA.

ERGONOMICAS:

1 - CAPACITAR EN USO ADECUADO DE EPP.

2 - CAPACITAR EN TECNICA ADECUADA PARA MANEJO DE CARGAS.

3 - PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS EN SU PUESTO DE TRABAJO SEGÚN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

4 - EVITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE MIEMBROS SUPERIORES ASOCIADAS A FUERZA, EN POSICIONES ANTIGRVITACIONALES Y/O ANTIERGONOMICAS.

FONO-AUDITIVAS:

1 - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL (EVITAR EXPOSICION A RUIDO DE DISCOTECA, MOTO, EXPLOSIONES, CELULAR, ETC.)

OBSERVACIONES FINALES

1 - SE RECOMIENDA REALIZAR EXAMEN OCUPACIONAL ANUAL

Este documento continua en la siguiente pagina

Hugo José Celedón M.
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
Licencia 11751 / 2010

WENDY = LAURA

HUCM	WENDY JINNETH RACINES RINCON DOC.IDENTIDAD NO. 1022429192	INDICE DERECHO	CODIGO SEG
MEDICAL PROTECTION LTDA. SALUD OCUPACIONAL	Bogotá Colombia		Carrera 12 No. 71 - 19 4736119 7029284

En la República de Colombia y en su nombre
Interlav Ácademia Internacional S.A.S.

Permisos Oficiales

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. RESOLUCIÓN No 13392 de 2015 y Resolución No 3517, Resolución Seguridad y Salud en el Trabajo Tramite 2018ER79921 Secretaría de Distrital de Salud 2018, Decreto 1075 del 26 de mayo de 2016 Ministerio de Educación Nacional. NIT 901213419-5.

Interlav
ACADEMIA INTERNACIONAL

Certifica que:

WENDY JINNETH RACINES RINCON

Identificado(a) con C.C. No. 1 022 429 192 Expedida en BOGOTA D.C.

Asistio al Curso Teórico Práctico de:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Expedido en la Ciudad de Bogotá D.C. El día 08 de Diciembre de 2018 con una duración de 40 horas.

Ministerio de Educación Nacional
República de Colombia

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
SALUD
Secretaría de Salud

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Interlav

Director General

Secretaria Académica

Escuela de Auxiliares en Enfermería

E.S.A.E.

Formamos vidas para dar lo que no tiene precio. La Salud

INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Resolución 15-005 de Febrero 8 de 2016, Sec. de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No 00312 de Diciembre 10 de 2015, Min. De la Protección Social.

CERTIFICA A:

WENDY JINNETH RACINES RINCON

C.C. 1.022.429.192 Bogotá D.C.

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BASICO

Intensidad 20 Horas

MARTHA AMAYA
Directora

Bogotá D.C. Febrero 17 de 2017

Avenida 1 de Mayo No 30-33

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	13-DIC-18	CIUDAD:	Bogota D.C.	DEPARTAMENTO:	

Distigui lo 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
Racines	Rincon	Wendy	Jinneth

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐	1022424192	Bogota D.C	31-08-2015

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

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
30-08-97	Bogota D.C	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	1	1	3013051436

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA: MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNOLOGO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL: AUX ENFERMERIA

PROFESION / OFICIO: Aux Enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Carrera 8A # 15-22	Subate	Cundinamarca	Colombia	

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bautista	Oviedo	Donaldo	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐	1015399499	Bogota D.C	20-06-2005

PASAPORTE ☒ OTRO ☐ CUAL: A0165592 ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de servicios en salud centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐ # NIT 900491051-7.

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 19B # 1-155 sur	3283105	Bogota D.C		Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar en Enfermeria.		FECHA VINCULACION	02-02-2016

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	1.250.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1.500.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	1 280.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1.500.000	TOTAL EGRESOS	1.260.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	1280.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	Icfes estudio		

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bautista	Oviedo	Donaldo	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Cra 8A N°15-22	Sibate-Cundinamarca	Conyuge	305-7929131

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BNB Sudameris	Debito	900109160501	Principal -	3077707.

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui 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.):

Auxiliar de enfermeria.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogacos internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmutan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Wendy Raines R.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) WENDY JINNETH RACINES RINCON identificado(a) con cedula ciudadania 1.022.429.192 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	249

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
SAMUEL CAMILO TORRES RACINES	HI	1072194522	RC	20170301	0	Activo	129

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10548327

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **WENDY JINNETH RACINES RINCON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,822,429,192**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

SEGUROS BOLÍVAR

Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-1022429192 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

444dx

Confirmar imagen *

CONSULTAR

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1022429192 Numero de Documento	Seguros Bolivar. ARL

Wendy Primer Nombre	JINNETH Segundo Nombre	Raunes Primer Apellido	Rincon Segundo Apellido

30-Agosto-2018 F. Nacimiento dd/mm/aa	Bogota D.C. Ciudad de Nacimiento	Carrera 8A N° 15-22 Dirección de Residencia	7251432 Teléfono Fijo

Compensar EPS - Salud	Porvenir AFP - Pensiones	$ 1 Honorarios

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

Samuel-Morocho@live.com Correo Electrónico	3013051436 Celular

Wendy Raunes R. Firma del Afliado	Tatiana P. Clavijo Q. C.C. No. 52.431.204 Bta Enfermera P.U. Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52.431.204

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119172760

WEB
12:46:11

Bogotá DC, 13 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) WENDY JINNETH RACINES RINCON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022429192:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 12:47:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022429192
Código de Verificación	1022429192181213124743

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

34

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2609572

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 12:49 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 VEINTIDOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y DOS**

1022429192

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_AVSXH_4912
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

35

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:52:44 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº 1022429192

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41
(Palaquemao). 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.

36

Plataforma

BANCO GNB SUDAMERIS

BANCO GNB SUDAMERIS

CERTIFICA

Que el (La) Señor (a) **WENDY JINNETH RACINES RINCON** identificado (a) con cedula de ciudadanía No 1022429192 se encuentra vinculado (a) comercialmente a nuestra entidad a través de la Cuenta de Ahorros No 90010916050 con fecha de apertura de 18 de Diciembre 2015 y actualmente se encuentra en estado Activa.

Se expide a solicitud del cliente en la ciudad de Bogotá D.C., a los (12) días del mes de Diciembre de **2018**.

Atentamente,

BANCO GNB SUDAMERIS
PRINCIPAL BOGOTÁ

HAELL MOLINA
Director Oficina Principal
/Alex H.
Of. Principal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA