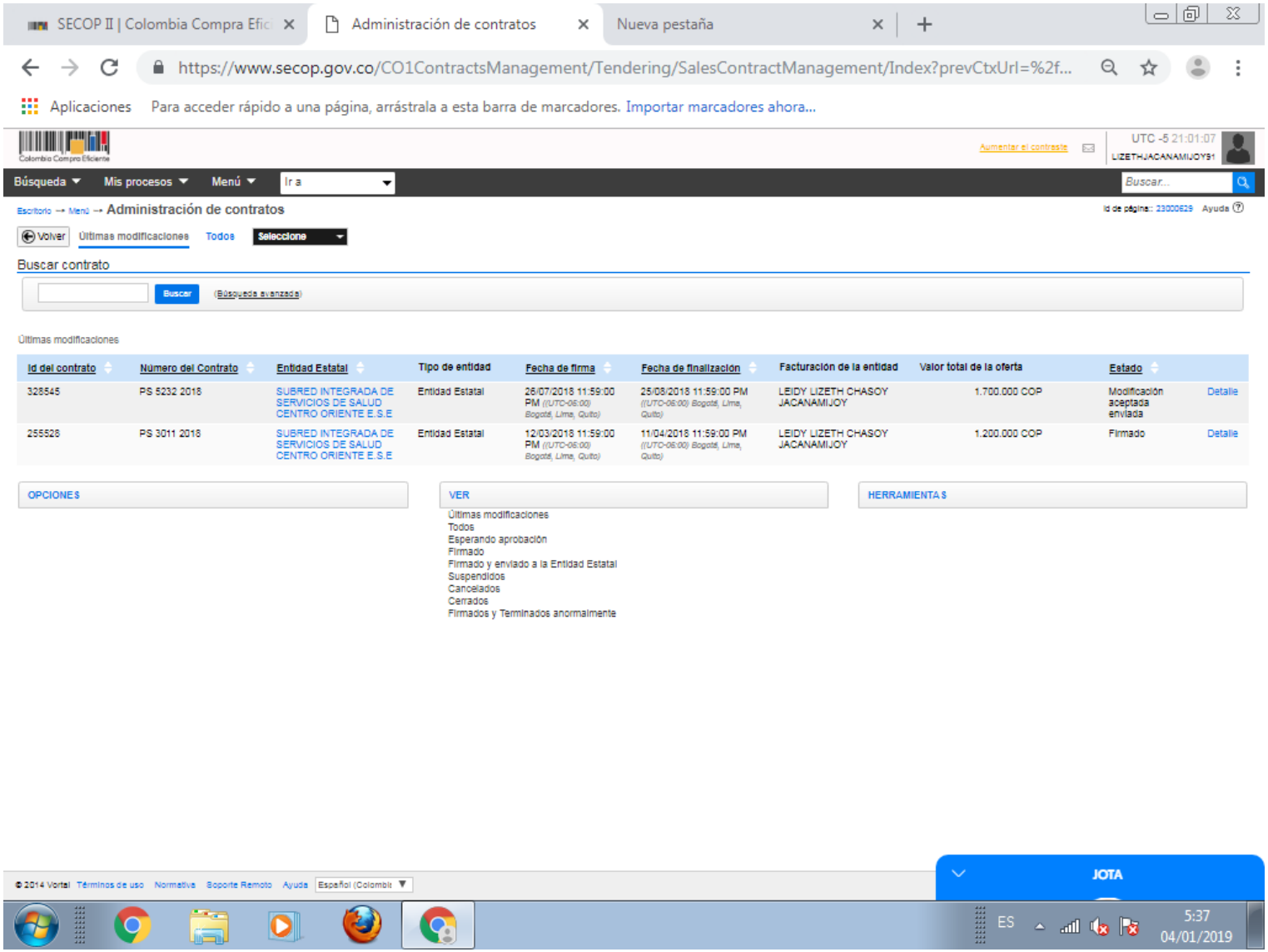

SECOP II | Colombia Compra Efic
Administración de contratos
Nueva pestaña
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index?prevCtxUrl=%2f...
Aplicaciones
Para acceder rápido a una página, arrástrala a esta barra de marcadores. Importar marcadores ahora...
Aumentar el contraste
UTC -5 21:01:07
LIZETHJACANAMIJOY91
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Id de página: 23000629
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
328545
PS 5232 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
26/07/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
25/08/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY
1.700.000 COP
Modificación aceptada enviada
Detalle
255528
PS 3011 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
12/03/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
11/04/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY
1.200.000 COP
Firmado
Detalle
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
ES
5:37
04/01/2019

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: 23-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CHASOY	JACANAMIJOY	LEIDY LIZETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1118546579

SEXO: F (nul) M (nul)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES 01 AÑO 1991

PAÍS colombia

DEPTO Bogota D.C

CIUDAD Bogota D.C

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: cll65h sur n°78c-36

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2465115

EMAIL lizethjossa21@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°	MES DICIEMBRE AÑO 2008
										X	

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
TL	4	X		TECNOLOGO SALUD OCUPACIONAL	5	2015	

Scanned by CamScanner

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: 23-ene-2019

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: sub red integrada de servicios centro oriente E.S.E	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3023399604	FECHA DE INGRESO: DIA 25 MES 7 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO: DIA 22 MES 1 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: Tecnologa en salud ocupacional	DEPENDENCIA: Espacio de trabajo	DIRECCIÓN: cr 12 a #26- 44 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CABILDO INGA DE BOGOTA	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: cabildoingabogotadc@gmail.com	
TELÉFONOS: 2845893	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 9 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 11 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: promotora de derechos icbf	DEPENDENCIA: generaciones etnicas con bienestar	DIRECCIÓN: cll2 n°9-66	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: fundacion centro para el desarrollo de la sociedad	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3012066687	FECHA DE INGRESO: DIA 25 MES 1 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 24 MES 3 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: auxiliar administrativo	DEPENDENCIA: termino indefinido	DIRECCIÓN: cll5 n°2-19 madrid	

Scanned by CamScanner

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: 23-ene-2019

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: cabildo inga de yopal	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Casanare	MUNICIPIO: Yopal	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: cabildoinga2012@gmail.com	
TELÉFONOS: 3202761442	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 2 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 6 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: secretaria	DEPENDENCIA: termino indefinido	DIRECCIÓN: cll20 n°15-12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: tapiceria llanera	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: tapiceriallanera@gmail.com	
TELÉFONOS: 6347811	FECHA DE INGRESO: DIA 15 MES 10 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA 15 MES 3 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: servicio al cliente	DEPENDENCIA: atencion al cliente	DIRECCIÓN: cr 21 n°11-57	

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	1	1
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	1

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Scanned by CamScanner

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: 23-ene-2019

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogota D.C

23-01-2019

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1118546579 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cll65h sur n°78c-36 **Teléfonos** 3207992195 2465115

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
jonathan alexander garcia chasoy	1029654796	HIJO(A)
nelson santiago garcia chasoy	1222116314	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 10.200.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 10.200.000,00

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
banco caja social	AHORROS	24081211139	bosa	$ 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

Scanned by CamScanner

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 23-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

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

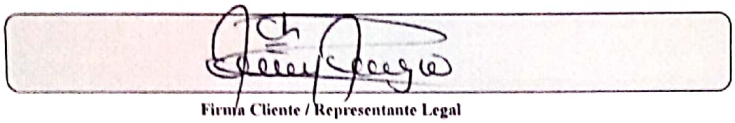
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail 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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

El Instituto Autónomo del Llano Shakespeare y Cervantes

de Yopal - Casanare
Modalidad de Educación Formal para Adultos

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación del Departamento de Casanare, según Resolución No. 001665 del 7 de Octubre de 1998

Confiere a:

Leidy Lizeth Chasoy Jacanamijoy

c.c. T.I. 910121-18258 de Yopal

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Libro No. 001 Diploma No. 663

Claudia Cujé
Rector

Yarleny E. Gonzalez C.
Secretaria

Yopal, 04 de Diciembre del 200 9

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY

Con Cedula de Ciudadania No. 1.118.546.579

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TECNÓLOGO EN

SALUD OCUPACIONAL

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Yopal, a los catorce (14) dias del mes de mayo de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL GRADO 04 CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE
REGIONAL CASANARE

10191307 - 14/05/2015
No y 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 951900412527CC1118546579C.

INSTITUTO AUTONOMO DEL LLANO SHAKESPEARE Y CERVANTES
LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO #. 001344 DE LA
SECRETARIA DE EDUCACION DE CASANARE
APROBADO OFICIALMENTE SEGÚN RESOLUCION # 001665,
DEL 7 DE OCTUBRE DE 1998 Y RATIFICADA CON LA RESOLUCIÓN
N°1065 DEL 13 DE SEPTIEMBRE DE 2007
NIT # 844. 001. 172

INSTITUTO AUTONOMO DEL LLANO SHAKESPEARE Y CERVANTES
EDUCACION PARA LA MODERNIDAD
YOPAL – CASANARE

Código ICFES: 082719

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de YOPAL, a los 04 días del mes de Diciembre de 2008 con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, se reunieron las suscritas Rectora y Secretaria del INSTITUTO AUTÓNOMO DEL LLANO SHAKESPEARE Y CERVANTES, *reconocido en la Modalidad de Educación Formal para Adultos, según resolución N° 001665 del 7 de octubre de 1998, y ratificada con la resolución Nº 1065 del 13 de septiembre del 2007 , en el nivel de Educación Media académica para otorgar el Título de* BACHILLER ACADÉMICO.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación media, se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos Nombres, Apellidos y Número del Documento de Identificación se relacionan a continuación:

LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY
T.I. 910121-18258 de Yopal.

Es copia tomada del Libro de Actas Generales de Grado Nº 001, Folio No.046 Acta. 021 de fecha 04 de Diciembre de 2008, consta de 82 estudiantes, comienza con el nombre de ALARCON MARTINEZ NIEVES y se cierra con el nombre de ZORRO PARRA EDWIN ALEXANDER.

Firmada y Sellada por la Licenciada CLARA INÉS GÓMEZ CORREAL *Rectora y MARLENY ESPERANZA GONZÁLEZ CÁRDENAS Secretaria.*

Dada en Yopal, a los 04 días del mes de Diciembre de 2008.

RECTORA
C.C. 46.660.452 de Duitama

SECRETARIA
C.C. No. 46.662.020 Duitama

SENA

REGIONAL CASANARE

EL CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE

CERTIFICA

Que LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.118.546.579 de Yopal, realizó y aprobó el programa de TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL con las siguientes evaluaciones e intensidad horaria:

	EVAL	I.H.
Itinerario		
APOYAR LAS ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL DE ACUERDO CON EL PROGRAMA ESTABLECIDO Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE.	4.5 A	440
ATENDER AL USUARIO PERSONA EN CASO DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD SÚBITA DE ACUERDO CON PROTOCOLOS DE PRIMER RESPONDIENTE.	4.5 A	80
COMPRENDER TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y AUDITIVA	4.5 A	180
EJECUTAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO PARA LA POBLACIÓN CUBIERTA Y NO CUBIERTA POR EL SER. EN RELACIÓN CON LAS	4.5 A	360
EJECUTAR EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA, SEGÚN ORIENTACIONES DADAS Y NORMATIVIDAD VIGENTE.	4.5 A	880
FOMENTAR PRÁCTICAS SEGURAS Y SALUDABLES EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.	4.5 A	560
PRODUCIR TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y ORAL.	4.5 A	180
PROMOVER LA INTERACCIÓN IDÓNEA CONSIGO MISMO,	**4.5 A**	
REDUCIR LAS CAUSAS Y EFECTOS DE LAS URGENCIAS, EMERGENCIAS, CALAMIDADES Y DESASTRES DE ACUERDO CON MODELOS HUMANÍSTICOS SOCIALES Y NORMAS TÉCNICAS	4.5 A	320

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 9519004125 27CC1118546579N.

El Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal -IDPAC-
de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.,
a través de la Escuela de Participación

CERTIFICA QUE:

Leidy Lizeth Chasoy Jacanamijoy

Identificada con cédula de ciudadanía número: 1118546579

Participó del proceso de formación "Formulación y gestión de proyectos comunitarios - Maskaspa Surkungapa tandarespa ima iuiaikuna tukui nukanchikunamanda" dirigido a mujeres y hombres del cabildo indígena INGA de la Localidad de La Candelaria, que se llevó a cabo durante los meses de septiembre y octubre de 2017, cumpliendo con quince (15) horas de asistencia.

Antonio Hernández Llamas
Director General
IDPAC

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
PARTICIPACIÓN BOGOTÁ

12PYGDPCL0091017

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER

La Secretaría Distrital de la Mujer

Escuela de Formación Política para Mujeres Indígenas

Hace reconocimiento a:

LEIDY CHASOY

Con documento de identidad No. 1.118.546.579

Por su empeño, compromiso y destacada participación en las actividades de la Escuela de Formación Política para Mujeres Indígenas, desarrollada entre septiembre y diciembre de 2017; con una intensidad de 48 horas.

Dado en Bogotá a los 16 días del mes de diciembre de año 2017.

CRISTINA VÉLEZ VALENCIA
Secretaria Distrital de la Mujer

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

DEPARTAMENTO GESTIÓN DE EMPLEO

Certifica que:

LEIDY LIZETH CHASOY

C.C 1118546579

Participó en el Taller Estrategias de Entrevista e Inserción Laboral

Con una intensidad de cuatro (4) horas.

En constancia de lo anterior se firma en Bogotá D.C. a los 08 días del mes de Octubre de 2016

Paula Andrea Bernal
Tallerista

JAIRO IVAN BURGOS REGALADO
Jefe Área Gestión de Empleo

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
EDUCACIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO - RESOLUCIONES SED
09-049 DE DICIEMBRE DE 2015 Y 018-08 DE MARZO DE 2016

Leidy Lizeth Chasoy Jacanamijoy

D.I. 1.118.546.579

Participó en el programa:

Excel

Horas cursadas

120

Lugar y fecha de realización

Bogotá D.C., 18 de octubre al 12 de noviembre de 2016

JEFATURA EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO

HILANA GUTIERREZ
INSTRUCTOR

Aprobada: Ficha Educación para el Trabajo Versión: 3

01-08-2016

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY

Con Cedula de Ciudadania No. 1.118.546.579

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Yopal, a los nueve (9) días del mes de septiembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL GRADO 04
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE
REGIONAL CASANARE

38610579 - 09/09/2016
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 9519001268137CC1118546579C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY

Con Cedula de Ciudadania No. 1.118.546.579

Cursó y aprobó la acción de Formación

SERVICIO DE REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE MOTORES DE 2 Y 4 TIEMPOS DE MOTOCICLETAS

con una duración de 70 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Yopal, al primer(1) dia del mes de agosto de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL GRADO 04
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE
REGIONAL CASANARE

37014264 - 01/08/2016
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 9519001225055CC1118546579C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY

Con Cedula de Ciudadania No. 1.118.546.579

Cursó y aprobó la acción de Formación

AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Yopal, a los once (11) dias del mes de abril de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
MARTHA LUCIA DUCON FONSECA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

MARTHA LUCIA DUCON FONSECA
Directora (E)
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE
REGIONAL CASANARE

19116565 - 11/04/2014
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 951900679987CC1118546579C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.118.546.579

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Yopal, a los once (11) dias del mes de diciembre de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
NUBIA ESPERANZA BLANCO ANGARITA
SENA REGIONAL CASANARE
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

NUBIA ESPERANZA BLANCO ANGARITA
SUBDIRECTOR
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE
REGIONAL CASANARE

11103661 - 11/12/2012
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 951900452933CC1118546579C.

Yopal Emprendedor
IDEAS EMPRESA INNOVACIÓN

CERTIFICA QUE :

LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY

No. C.C. 1.118.546.579

Participó en el CURSO PRACTICO en **"EMPRENDIMIENTO",** contemplado en el proyecto "Implementación de ambientes para el desarrollo productivo y empresarial", a través de la Secretaria de Desarrollo Económico Medio Ambiente y Turismo, con una intensidad de 40 horas.

HELVER RINCÓN BOHORQUEZ
SECRETARIO DESARROLLO ECONOMICO
MEDIO AMBIENTE Y TURISMO

ERIKA RATIVA SILVA
PROFESIONAL
CEDECO

ALCALDÍA DE YOPAL
SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONÓMICO MEDIO AMBIENTE Y TURISMO



LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
DE CASANARE COMFACASANARE

Hace constar que

CHASOY JACANAMIJOY LEIDY LIZETH

Con cédula de ciudadanía No 1118546579

Asistió y participó en el Curso de Habilidades Para el Ser y el Hacer
Con una duración de 40 horas

Dado en Yopal, el 13 de Noviembre de 2015

LILIANA DÍAZ TORRES
Subdirectora de Educación

Bogotá D.C

Señores:

Sena - Regional casanare
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Leidy Lizeth Chasoy Jacanamijoy 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:

Tecnologo en Salud Ocupacional
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1118546579

Tarjeta profesional No: SST/0758

Dirección de contacto: cll 65H Sur #78C-36

Teléfono: 3207992195



CABILDO INDIGENA INGA DE BOGOTÁ D.C.
NIT: 830032429-4

EL SUSCRITO TAITA GOBERNADOR DEL CABILDO INDIGENA INGA DE BOGOTA, D.C EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES, CONFERIDAS POR LA LEY 89 DE 1890, LA LEY 21 DE 1991, CONVENIO 169 DE LA OIT, LA LEGISLACION INDIGENA, RATIFICADA POR LA CONSTITUCION P
OLITICA DE COLOMBIA, USOS Y COSTUMBRES Y DEMAS NORMAS COMPLEMENTARIAS.

CERTIFICA

Que **LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY** identificada con CC N° 1.118.546.579. De Bogotá D.C, es miembro activo del Cabildo Indigena Inga y se encuentra registrada en el actual listado censal interno de la población y ante el Ministerio del Interior.

La presente se expide con el fin de informar que trabajo como promotora de Derechos del contrato 11-0777-2017 Convenio ICBF-Generaciones Étnicas con Bienestar- Cabildo Inga desde 02 de septiembre 2017 hasta el 30 de Noviembre 2017.

Dado en la casa Inga de Bogotá a los 10 días del mes de Enero del 2018.

Oscar Fernando Bastidas Jacanamijoy
C.C 18195380
Taita Gobernador 2017
Cabildo Indigena Inga de Bogotá D.C

CERTIFICACION

La Fundación Centro Para el Desarrollo Armónico de la Sociedad CEDAS hace constar que LEIDI LIZETH CHASOY JACANAMIJOY, identificada con C.C. No. 1.118.546.579 de Bogotá D.C., prestó sus servicios como Auxiliar Administrativo para el Contrato No. 140 de 2016 suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Bosa y cuyo objeto era;

EL CONTRATISTA SE OBLIGA PARA CON EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE BOSA A REALIZAR EVENTOS DE EXPRESIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL DE LAS COMUNIDADES INGAS, KICHWAS Y PIJAO CON EL FIN DE FORTALECER LAS CREENCIAS Y RESCATAR LA COSMOGONÍA Y COSMOLOGÍA DE ESTOS PUEBLOS INDIGENAS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE BOSA, EN MARCO DEL PROYECTO 837 DENOMINADO ¿CULTURA, ARTE Y PATRIMONIO, COMO ESTRATEGIAS PARA LA FORMACIÓN, CREACIÓN Y CIRCULACIÓN ORGANIZACIONAL, DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES, ESPECIFICACIONES Y OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ESTUDIO PREVIO, ANEXO TÉCNICO SEPARABLE, EL PLIEGO DE CONDICIONES DEFINITIVO Y LA PROPUESTA PRESENTADA, DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO

La modalidad de contratación del señor LEIDI LIZETH, fue por prestación de servicios y se extendió del 25 de enero al 24 de marzo de 2017, con una contraprestación mensual de $1.100.000,00

La presente certificación se expide a los 15 días del mes de abril de 2017, a solicitud del interesado, para verificación y ampliar información en caso de ser requerido, puede comunicarse directamente al 3012066687

Sin otro Particular:

PEDRO JOSE ALEJANDRO GARZON B
Representante Legal

ACTIVOS S.A.

NIT: 860090915

GERENTE GENERAL

CERTIFICA

Que la Senora CHASOY JACANAMIJOY LEIDY LIZETH identificado con cedula de cuidadania numero 1118546579, laboro en nuestra empresa a partir del 01/DIC/2016 hasta el 22/DIC/2016 mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR y en ejercicio del mismo fue asignado como trabajador en misión a la usuaria FLORES IPANEMA S.A.S., desempenandose en el cargo de AYUDANTE DE PRODUCCION, con una asignacion mensual de SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($689,455).

Estando afiliado a la E.P.S. CAFESALUD EPS S.A. y A.F.P. FONDO DE PENSIONES PORVENIR

La presente certificacion se expide en Bogota, a solicitud del interesado a los 10 dias del mes ENERO de 2017 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

MARIA ELENA GUARIN ARIAS
GERENTE GENERAL

LM: FLORES IPANEMA S.A.S. 254646-7 POSCOSECHA ROSA ESTANDAR AREA P

REPUBLICA DE COLOMBIA

CABILDO INDIGENA INGA

MUNICIPIO DE YOPAL-CASANARE

EI SUSCRITO GOBERNADOR DEL PUEBLO INDIGENA INGA, LEY DE ORIGEN, DERECHO TERRITORIAL PROPIO, DERECHO NATURAL Y DERECHO MAYOR, CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA DE 1.991 ARTICULOS 7, 10 Y 246, CONVENIO 169 DE LA OIT RATIFICADO POR COLOMBIA MEDIANTE LEY 21 DE 1.991, DECLARACION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDIGENAS, LEY 89 de 1.890 Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES.

REF: CERTIFICACION LABORAL– *EL GOBERNADOR DEL PUEBLO INDIGENA INGA DE YOPAL EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES Y EN ESPECIAL LAS QUE LE CONFIERE LA LEY 89 DE 1890 Y LA CONSTITUCION NACIONAL, LEY 21 DE 1991 Y EL DECRETO 2164 DE 1995.*

CERTIFICACION LABORAL:

Yo, ***LUIS GERARDO JACANAMEJOY*** *identificado con cédula de ciudadanía número* ***C.C N° 91.443.823*** *de Barrancabermeja, en calidad de GOBERNADOR, CERTIFICO a* ***LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY*** *, identificada con* ***C.C N° 1.118.546.579****, quien trabaja conmigo en calidad de SECRETARIA DEL CABILDO INDIGENA INGA DE YOPAL- CASANARE, desde hace 4 Meses devengando un salario de $700.000 mensual.*

Desempeñándose como una persona seria, honesta y cumplidora con sus labores asignadas.

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado(a), se firma en el despacho del Cabildo Indígena Inga a los dieciséis (16) días del mes de julio del año 2016

Atentamente,

LUIS GERARDO JACANAMEJOY
C.C 91443823
Taita Gobernador cabildo Indígena Inga Yopal Casanare
Celular 3202761442

CLL 20 N°15ª-12 Barrio La Esperanza, Yopal Casanare, cel. 3202761442

Cabindoinga2012@gmail.com

NIT.9.653.516-3
R. SIMPLIFICADO



TAPICERIA LLANERA



CERTIFICA

Que el(a) **LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY**,Identificado(a) con cedula de ciudadanía **N°1.118.546.579** De Yopal, Laboro en la empresa desde **Octubre 15 de 2015** a **Marzo 15 de 2016,** desempeñando el cargo de ATENCION AL CLIENTE con un contrato a término indefinido y devengando un salario mensual de $700.000

Para constancia de lo anterior de firma en Yopal Casanare a los veinte (20) días del mes de Marzo de 2016.

Cordialmente,

EDIGAR CRUZ ALMEIDA
(Gerente)
c.c 9.653.516
CR. 21 N°11-57
CEL. 3112239454-Tel:(8)6347811
Email:taoiceriallanera@hotmail.com

TRANSTECOL

TRANSTECOL S.A.S.
Nit. 804.004.470 - 03

CERTIFICADO LABORAL

Yo, ***IVONNE MARITZA RUEDA CRISTANCHO*** *mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con* ***Cédula de Ciudadanía Nº 37.862.846 de Bucaramanga (S/der),*** *actuando en calidad de Coordinadora de Recurso Humano de* ***"TRANSTECOL S.A.S."*** *identificad con Número de* ***NIT. 804004470 – 3*** *de la cámara de comercio de Bucaramanga, me permito informar, que* ***LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY*** *mayor de edad, identificado con* ***Cédula de Ciudadanía Nº 1.118.546.579 de Yopal,*** *realizó sus prácticas en etapa productiva en la compañía desde el Veinte (20) de Mayo de 2014 hasta el Diecinueve (19) de Noviembre del mismo año, desempeñándose en el cargo de* ***Aprendiz Sena.***

La presente Certificación se expide en Floridablanca (Santander) a los Diez (10) días del mes de diciembre del 2014.

Atentamente.

TRANSTECOL S.A.S.
NIT: 804.004.470-3

Ivonne Maritza Rueda Cristancho
Coordinadora de Recurso Humano.
TRANSTECOL S.A.S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NUMERO **1.118.546.579**

CHASOY JACANAMIJOY

APELLIDOS

LEIDY LIZETH

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ENE-1991**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

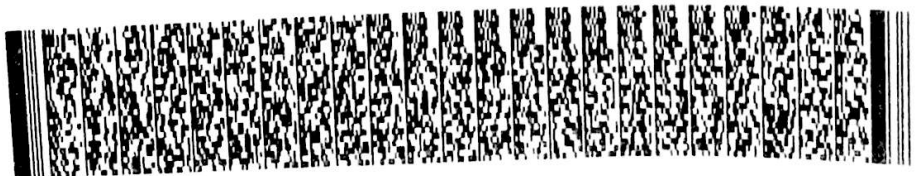
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-FEB-2009 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-00924929-F-1118546579-20170724 0056558368A 1 1464498623

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario **14459936266**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 8 5 4 6 5 7 9	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 1 3	1 1 1 8 5 4 6 5 7 9	2 0 0 9 0 2 1 2

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Yopal 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHASOY	JACANAMIJOY	LEIDY	LIZETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 65 H SUR 78 C 36 BRR BOSA ESTACION

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
chasoyjacana@misena.edu.co		3 2 0 7 9 9 2 1 9 5	3 1 2 7 2 0 7 5 5 8

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
8 2 9 9	2 0 1 8 0 1 0 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código:	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 2 1 6

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: CHASOY JACANAMIJOY LEIDY LIZETH

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF 16-02-2018 02:09:08PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1118546579-5 LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY

Información General

Dirección CL 65 H SUR 78C 36

Teléfonos 3207992195

Dirección electrónica chasoyjacana@misena edu co

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 16/01/2017

Soporte Inscripción 23048842

Fecha Inicio Actividades 07/07/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1. 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2. -

Actividad 3. -

Actividad 4. -

Actividad 5. -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002755376

GOBERNACION
DE CASANARE
NIT. 892099216-6

RESOLUCION No. 0758 - 17 JUN 2015

"Por la cual se concede licencia de prestación de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo"

900 48

LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE CASANARE
En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el artículo primero de la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2.012 del Ministerio de Salud y Protección Social, y

C O N S I D E R A N D O

Que ante la Secretaría de Salud de Casanare, LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY identificada con cédula de ciudadanía No. 1.118.546.579 de Yopal (Casanare), ha solicitado Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, adjuntando la documentación exigida por el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2.012.

Que corresponde a la Secretaría de salud de Casanare por delegación del Ministerio de Salud y Protección Social según artículo 1° de la Resolución No: 004502 de 2012, expedir esta clase de licencias.

Que revisado la documentación presentada, esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

En mérito de lo expuesto.

R E S U E L V E

ARTÍCULO 1: Conceder licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a: LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY identificada con cédula de ciudadanía No. 1.118.546.579 de Yopal (Casanare), como TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL, en las áreas de: Apoyo de actividades de Higiene Industrial, Apoyo en Actividades de Seguridad Industrial, Acompañamiento en la Investigación del Accidente de Trabajo, Educación, Capacitación, Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La licencia que trata el artículo anterior, se concede por un término de diez (10) años, contados a partir de la fecha de expedición de la presente resolución.

PARAGRAFO. Esta licencia es de carácter personal e intransferible y tendrá validez en todo el territorio nacional.

ARTÍCULO 3: El interesado deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia contenida en la Resolución Ministerial 004502 de 2.012.

GOBERNACION
DE CASANARE
NIT. 892099216-6

RESOLUCION No. 0758 - 17 JUN 2015

"Por la cual se concede licencia de prestación de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo"

ARTÍCULO 4: Toda oferta de servicios que el titular de esta licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo ofrezca a instituciones públicas o privadas deberá estar acompañada de esta resolución.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición y apelación por escrito dentro de los Diez (10) días hábiles siguientes a su notificación, en los términos y condiciones que establece el Código Contencioso Administrativo.

ARTÍCULO 6: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Yopal Casanare a los 17 JUN 2015

DIANA SORAYA VELÁSQUEZ BONILLA
Secretaria Departamental de Salud

Reviso: Ananit Cubides Barreto

Proyecto: Hilda Mery Campos Toloza

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 GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Leidy Lizeth

Apellidos: Chasoy Jacanamijoy

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1118546579

Fecha de Nacimiento: Día. 21 Mes. 01 Año. 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	31-08-18	12/19 012M7202	SECO
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	31-08-18	B3B44 31/01/19	SECO
Otras				

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁ-BICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

BioSalud Servicios Médicos

Cod. del Prestador 110012709701

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 2135

NOMBRE: Leidy Chasoy

IDENTIFICACIÓN: 1178546579 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 21/07/97 TEL.: 3207992795

Cra. 21No. 22-40 B. Olaya
661 2676 304 219 5009
vacunaciónbiosalud@gmail.com

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	19 FEB 2018	HEPAVAX 1434033 09/01/2020	Alexandra Montaña Auxiliar de Enfermería
	2	10 JUL 2018	HEPAVAX 1434034 01/10/2020	Alexandra Montaña Auxiliar de Enfermería
	3	10 ENE 2019		
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



Nro. 10288

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 20/02/2018 HORA:9:38:	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY	CEDULA: 1118546579	EDAD: 0 GENERO: F
EMPRESA: INDEPENDIENTE	CARGO: GESTORA EN SALUD	TELEFONO: 3207992195 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si	SATISFACTORIO	Respiratorio	Si	
Espirometria	--		Dermatología	Si	
Audiometria	--		Osteomuscular	Si	
Visiometria	--		Cardiovascular	Si	
Optometria	--		Prueba de equilibrio	--	
Electrocardiograma	--		Radiologia Tunel/carpo	--	
Psicología Laboral	--		Radiologia Columna	--	
Vacunas	--		Radiologia Torax	--	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	--		Parcial de Orina	--	
Glicemia	--		RH-Grupo Sanguineo	--	
Colesterol	--		KOH Uñas	--	
Triglicéridos	--		Frotis Faringeo	--	
Serologia	--		Coprologico	--	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)	--	Segun Res.1409 del 3 de Julio de 2012	
Apto Para el cargo sin Restricciones	**Si**	**Aplazado**	--
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	--	**No Apto Para Este Cargo**	--
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	--		--
Examen PERIODICO Satisfactorio	--	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	--

ENFASIS EN OSTOMUSCULAR SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	--
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Físico	--
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirómetria	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	--		--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el proposito,los beneficios esperados,interpretación y los riesgos del examen medico, paraclínico(s) y/o ocupacioneales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas administradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas.Entendiendo que es de forma voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información aquí expuesta a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de loscuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfecciónlo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS Res. 7170 de 03/10/2009

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. 6970 DE 03/08/2009
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No 1118546579

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

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:	22-01-2019	CIUDAD:	Bogota D.C	DEPARTAMENTO:	Bogota D.C

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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
Chasoy	Jacanamijoy	Leidy	Lizeth

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1118546579	Yopal – casanare	2009-02-12

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
21-01-91	Bogota D.C	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	2	2	3207492195

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

PROFESION / OFICIO: Seguridad y Salud en el trabajo

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
C1165 H Sur #78C-36	Bogota	Bogotá	Colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Lchasoy.subred centro oriente@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

Scanned by CamScanner

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

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

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE.	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA Digitar el codigo del rut	8099-8692
			ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

Scanned by CamScanner

Avcaracas 33A11	3023399604	Bogota	Bogota	colombia
CARGO ACTUAL	Tecnologo Salud ocupacional		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$1750000	GASTOS FAMILIARES	$ 700.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$1750000	TOTAL EGRESOS	$ 700.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Tandioy	Tandioy	Nelson	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
C11S # 11-32	Bogota	Amigo	3227950826

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Caja social	Cuenta de Ahorros	24081211139	Bogota	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [x]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS EXTRANJERA [ ]

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su profesión Tecnologo Salud ocupacional

Scanned by CamScanner

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. Asi 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.

Scanned by CamScanner

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del 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 comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o 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 , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Scanned by CamScanner

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

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

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

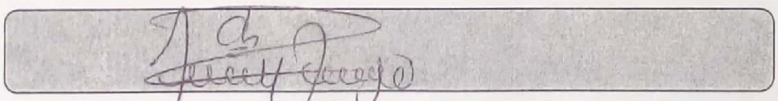
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail 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



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:		

Scanned by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: chasoy	Segundo apellido: Jacanamijoy	Primer nombre: Leidy	Segundo nombre: Lizeth
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1118546579	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	10. Fecha de nacimiento: 21 01 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[X] Inga	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
		781242

18. Residencia	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico
cll 65H Sur #78c-36		3207992195	chasoyjacango@misena.edu.co

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Bosa	Urbana [X] Rural [ ] Amistad	Bosa	Bogota D.C

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

19. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

capitalsalud EPS-S
19 JUL 2018
RECIBIDO
SIN ACEPTACIÓN

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
Leidy Lizeth chasoy J		1118546579	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO Supersalud

Scanned by CamScanner

capitalsalud
eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de Identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Movilidad — ☐ A. Régimen Contributivo — ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado — ☐ A. Mismo Régimen — ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		11/10/2012/01/18

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. 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.
- ☐ 51. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. 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.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Copia documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ — Cantidad ☐ — Total ☐
- ☐ 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 escritura 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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones:

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

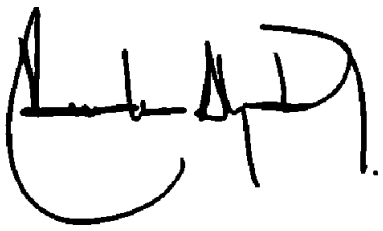
Scanned by CamScanner

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,118,546,579**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Julio de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1118546579	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Leidy	Lizeth	Chasoy	Jacanamijoy
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

21-Enero-1991	Bogota D.C	Cll 65 H sur #78c-36	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Capital salud	Porvenir	$1750 000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Tecnologo Salud ocupacional	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Escriba su perfil técnico o profesión

lchasoy.subredcentrooriente@gmail.com	3207992195
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121121124

WEB
22:35:16

Bogotá DC, 22 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) LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1118546579:

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 martes 22 de enero de 2019, a las 22:37:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1118546579
Código de Verificación	1118546579190122223728

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2718050

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2019 - 22:39 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 CIENTO DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE**

1118546579

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_U7R7H_3922
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 22:33:38 horas del 22/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1118546579**
Apellidos y Nombres: **CHASOY JACANAMIJOY LEIDY LIZETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Avenida el Dorado N° 75 - 25 Barrio Modelia.
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. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Todos los derechos reservados.

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s)

LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY *Identificado con* *CC1118546579*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0033 BOSA, con las siguientes caracteristicas.

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24081211139*
Fecha de Apertura	:	*23 de enero de 2018*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a A QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0033 BOSA de la ciudad de BOGOTA, el dia martes, 23 de enero de 2018

Cordialmente,

Banco Caja Social OFICINA 0033 23 ENE 2018 AUTORIZADO Vo.Bo. FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

Efectuado por:
D2C1T9A3 - DANIEL CARRILLO TELLEZ

Establecimiento Bancario