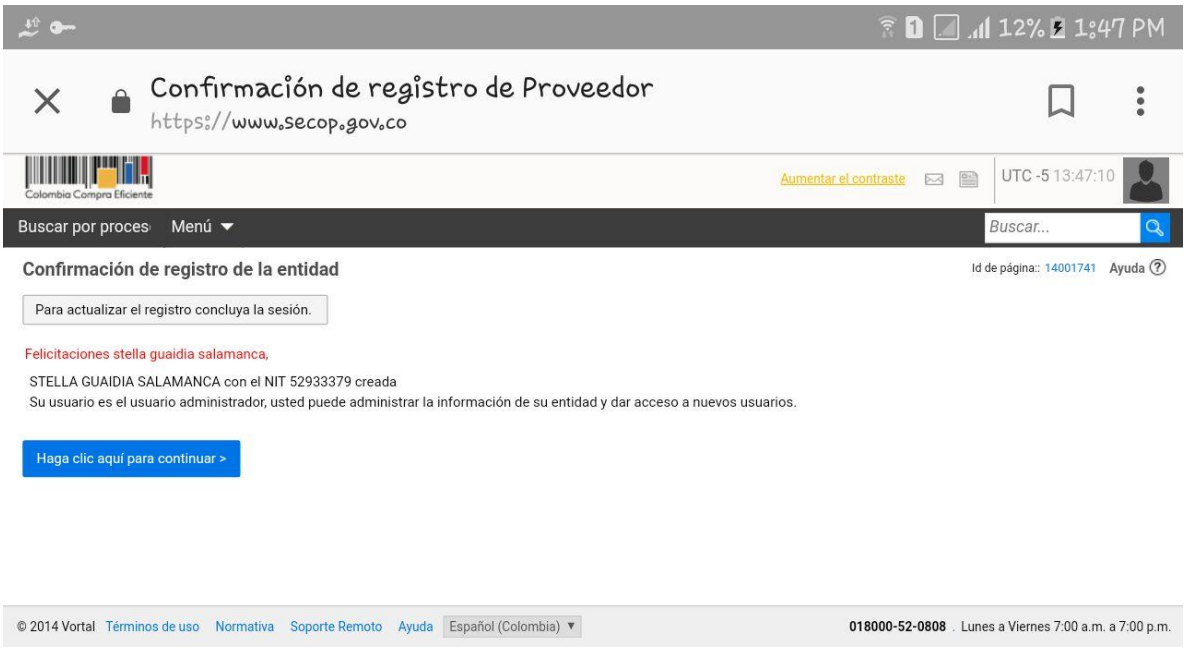

12% 1:47 PM
Confirmación de registro de Proveedor
https://www.secop.gov.co
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 13:47:10
Buscar por proces
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones stella guaidia salamanca,
STELLA GUAIDIA SALAMANCA con el NIT 52933379 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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: 16-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GUAIDIA	SALAMANCA	STELLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52933379

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES MAR AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 29 sur # 41-07

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2025718

EMAIL sgs48166@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller tecnico modalida instalaciones
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1999
										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*
UN	8	X		ENFERMERO (A)	7	2004	16832

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-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: san blas	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2891100	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 11 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: enfermera	*DEPENDENCIA*: pediatria	*DIRECCIÓN*: trasversal 5 este # 19-50 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: fuerza armada de colombia	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Sucre	*MUNICIPIO*:	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3116547383	*FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 6 AÑO 2006	*FECHA DE RETIRO*: DIA 8 MES 8 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO: enfermera sos	*DEPENDENCIA*: pyp, hospitalizacion	*DIRECCIÓN*: coveñas	

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	11	1
PRIVADO	1	2
PARTICULAR	0	0
TOTAL	12	3

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 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).

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: 16-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá 14/12/18

Stella Garcia Sabinaga

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

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: 16-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, STELLA GUAIDIA SALAMANCA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52933379 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección calle 29 sur # 41-07 **Teléfonos** 3134597188 2025718

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
maria stella salamanca de guaidia	23581497	MADRE
esteban guaidia mendoza	6183041	PADRE
esteban guaidia salamanca	79499652	HERMANO(A)
oscar guaidia salamanca	79464121	HERMANO(A)
maria jose pinedo beltran	1011248461	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	$ 30.420.000,00
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	$ 30.420.000,00

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	8480293961	20 de julio	$ 1.700.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

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: 16-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
alfonso rafael pinedo beltran	C.C ⊗ C.E ○ T.I. ○	78762867

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
no	no

3. FIRMA

Stella Garcia Salamanca

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Colegio Distrital Benjamín Herrera

Jornada Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C. según Resolución No. 7459 del 13 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Stella Guaidia Salamanca

T.I. 830321-06156 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Técnico

Modalidad: Instalaciones Eléctricas

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

Rectora

Secretaria

Anotado al Folio 06 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 2

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 2 de Diciembre de 1999

No requiere Registro de la Secretaría de Educación,

República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No. 22215 del 9 de Diciembre de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

Stella Guaidia Salamanca

C.C. No 52.933.379 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C. Julio 14 de 2004

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Rector

Secretario General

Decano

Libro de Registro No.: 2
Anotado al folio: 19

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la Ciudad de Bogotá D. C., a los dos (02) días del mes de diciembre de 1999, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y secretaria en la Rectoría del **COLEGIO DISTRITAL BENJAMIN HERRERA JORNADA TARDE**, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de BACHILLER TÉCNICO en la modalidad Técnica , según Resolución No.7459 del 13 de Noviembre de 1998.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER TÉCNICO
INSTALACIONES ELECTRICAS

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

STELLA GUAIDIA SALAMANCA
T. I. 830321 – 06156 de Bogotá D. C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 015 del 02 de Diciembre de 1999. Firmada por **LUZ MYRIAM REYES DE SABOGAL** (Rectora) y **ZULMA ESPERANZA CARO BALLESTEROS** (Secretaria).

Dada en Bogotá D. C., a los doce (12) días del mes de junio de 2005.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

LUZ MYRIAM REYES DE SABOGAL
Rectora
C. C. 41.435.424 de Bogotá

MARTHA ELENA ROJAS MORALES
Secretaria
C. C. 51.955.613 de Bogotá

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, Certifica: En el libro de Actas se encuentra el Acta de Grado 215 que expresa: En Bogotá D.C. el 14 de julio de 2004 a las 16:00 horas, convocados por Resolución 034 del 6 del citado mes y año, se reunieron en El Auditorio De Las Hermanas Bethlemitas, el doctor Pablo Oliveros Marmolejo, la decana de la facultad de Enfermería doctora: María Liliana Buenahora Tobar, y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de: **STELLA GUAIDIA SALAMANCA,** identificada con cédula de ciudadanía 52933379 Bogotá D.C. quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa y haciéndose merecedora a recibir el título de: **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron: Anotado en el libro de registro de títulos, Tomo 2, Folio 19 número 7851.

PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, Rector
MARÍA LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana Facultad de Enfermería
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Es copia tomada de su original, el 14 de julio 2004.

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

Bogotá D.C

Señores:

La Fundación Universitaria del Area Andina

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Stella Guarida Salamanca 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:

Enfermera

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Stella Guarida Salamanca

No. de documento: 52933379

Tarjeta profesional No: 16832

Dirección de contacto: Calle 29 sur No 41-07

Teléfono: 2025778

Establecimiento de Sanidad Militar 1049 - BEIM
Coveñas – Sucre

El suscrito Jefe del Establecimiento de Sanidad Militar 1049 de la Base de Entrenamiento de Infantería de Marina.

C E R T I F I C A

Que la Señorita **Stella Quintero Salamanca** identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.933.379, D. C., expedida en Bogotá D. C., se desempeñó como Enfermera Jefe en el Establecimiento de Sanidad Militar 1049 de la Base de Entrenamiento de Infantería de Marina.

Durante el tiempo en que laboró en esta Sanidad, demostró ser una persona de grandes cualidades personales, cumplidora del deber, con un gran espíritu de colaboración y profesionalismo en el cumplimiento de las funciones de su cargo. Así mismo participó en proyectos de investigación, integró el equipo fundador de la Sala de Cirugía del Establecimiento de Sanidad, coordinó el programa de Promoción de Enfermedades Crónicas del Adulto Mayor, desarrollado en la unidad, con excelentes resultados.

Se expide el presente certificado a solicitud de la interesada. Dado en Coveñas, Sucre, a los 08 días del mes de agosto de dos mil siete (2007).

Capitán de Corbeta ALVARO JOSE [illegible]ERMEÑO PEDRO
Jefe Establecimiento de Sanidad Militar 1049 - BEIM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52933379**

GUAIDIA SALAMANCA
APELLIDOS

STELLA
NOMBRES

Stella Guaidia Salamanca
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAR-1983**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

17-MAY-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500116-45097262-F-0052933379-20020115 **03122**02015A 01 111927546

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14495921591

(415)7707212489984(8020) 000001449592159 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 3 3 3 7 9	9	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	5 2 9 3 3 3 7 9	2 0 0 1 0 5 1 7

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUAIDIA	SALAMANCA	STELLA	

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 29 SUR 41 07

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
sgs48166@hotmail.com		2 0 2 5 7 1 8	3 1 3 4 5 9 7 1 8 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 6 9 2	2 0 0 6 0 8 0 8	7 4 9 0	2 0 0 7 0 2 0 5				

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
	1	2																								

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

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 9 0 1 0 5

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 GUAIDIA SALAMANCA STELLA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 14-09-2016
Hora: 8:39:01 AM

CONTRIBUYENTE CC 52933379 STELLA GUAIDIA SALAMANCA

Información

Dirección CL 29 41 07

Teléfonos 2025718-3134597188

Dirección sgs48166@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 14/09/2016

Soporte Inscripción 16357637

Fecha Inicio Actividades 01/10/2004

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica 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 RECURSO QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO
NOMBRE STELLA GUAIDIA SALAMANCA
C.C. 52.933.379 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA
RUN No. 16832
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 02/OCT/2007 FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 02/OCT/2017



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
STELLA
GUAIDIA SALAMANCA
C.C 52933379
ENFERMERO(A)
Expedicion 15/05/2014

DASSSALUD
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE SUCRE

RESOLUCION No. 70 - 421

"Por medio de la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional"

La Jefatura de la División de Organización y Desarrollo de DASSSALUD Sucre en Cumplimiento al Decreto N° 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, y la Resolución 2523 de Octubre 25 de 1999 expedida por DASSSALUD SUCRE

CONSIDERANDO:

Que, **STELLA GUAIDIA SALAMANCA,** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía **No. 52.933.379 de Bogota D.C,** ha solicitado el Registro de su **TÍTULO** de **ENFERMERA,** que le otorgó **LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA,** según Acta de Grado **No. 215,** del día **14** de **Julio** de **2004.**

Que dicho **TITULO** se encuentra debidamente Registrado al folio **No. 19** y Libro de Registro **No. 2**, de fecha **14** de **Julio** de **2004,** por **LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA.**

Que cumplió con el **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**, en el **Establecimiento de Sanidad Militar 1049 del Centro de Formación y Entrenamiento de Infantería de Marina de Coveña (Sucre)** desde el **09** de **Agosto** de **2006** hasta el **09** de **Agosto** de **2007.**

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **STELLA GUAIDIA SALAMANCA,** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía **No. 52.933.379 de Bogota D.C,** para ejercer la profesión de **ENFERMERA,** en el Territorio Nacional, previa anotación correspondiente.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Sincelejo a los 13 AGO 2007

SALWA RAPAG CARMICHAL
Jefe División de Organización y Desarrollo

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 * 52933379

Primer Nombre * stella

Primer Apellido * guaidia

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-13→8:13:14 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52933379	STELLA		GUAIDIA	SALAMANCA	**Ver**

Información Detallada [CC: 52933379] STELLA GUAIDIA SALAMANCA

2018-12-13→8:13:14 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **STELLA GUAIDIA SALAMANCA** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.933.379, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

RESULTADOS
DE EXAMENES

INSTITUTO DE REFERENCIA ANDINO | SYNLAB SOLUTIONS IN DIAGNOSTICS

Remite: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. -
Paciente: GUAIDIA SALAMANCA, STELLA
Código IRA: 1014473472
Identificación: 52933379
Sexo: F
Médico:

Origen: BOGOTÁ
Edad: 1 Días
Fecha de Recibo: 17/12/2018
Fecha Validación Final: 19/12/2018 08:59:47 a.m.
Código Cliente: SAN BLAS

Parámetro	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
Inmunologia Infecciosa			
Hepatitis B (Anti-HBs), Anticuerpos de Superficie	>1000.000	mUI/mL	Mayor o igual a 10 Según recomendación de la Organización Mundial de la Salud, una concentración de anti-HBs mayor o igual a 10 mUI/mL se considera protección frente a una infección por el virus de la hepatitis B.

Técnica: Inmunoensayo Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)
Prueba procesada por: Central de Procesos UT Siglas

Iván Leonardo Mejía F, MD, MBA
Gerente General
Registro No. 736/2003

Validado Por:
Liliana del Pilar Torres Fuentes
T.P. # 53.047.463

SYNLAB Colombia Oficina Centro - Dirección: Calle 1 # 68-37/61, Piso 2 +57 1 296 0977 - Bogotá D.C Colombia www.iralabs.com / www.synlab.com.
Este Laboratorio dispone de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015, certificado por ICONTEC

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

CONSERVELO

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite la transcripción en los sitios autorizados

Por mi y por Colombia, yo me vacuno.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Stella

Apellidos: Guaidà

Documento de identidad: CC TI MAS PORTE No. 52933374

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	03-04-06	EU725-X	HRUU.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	23/09/06		Luis Soto
	2	9/10/06		Luis Soto
	3	21/04/07		Yenlys C.
	4			
	5			
Contra Hepatitis B A-B	1	15/NOV/06	Twinrix	Alejandra
	2	26/DIC/06	LOT AHABB027EA EXP 07-2007	AUDI
	3	22/01/07		AUDI

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	22 APR 2006	055VFA04482		
Contra Influenza				
Otras				

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: Subred de Salud Centro Oriente				
Dir:		Nit:		
Fecha: Dic 14/2018	Cargo: Enfermera Jefe			
Tipo de examen:	Ingreso: Si	Periódico: —	Retiro: —	Trabajo en alturas: —

Trabajador

Apellidos: Guaidia Salamanca	Nombres: Stella.		
ID: 52.933.379	Tel:	Sexo: F.	Edad: 35
Profesión: Enfermera Profesional		Diestro: Si	Zurdo: —

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional: Si	Visiometria: —	Audiometria: —
Radiografia: —	Electrocardiograma: —	Espirometria: —
Glicemia: —	Colesterol: —	Triglicéridos: —
Otros:		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones: —	Puede continuar su labor: —
Apto con restricciones que no limitan su labor: —	Puede continuar con reubicación laboral: —
Apto para el cargo: Si	Examen de retiro satisfactorio: —
Aplazado por restricciones: —	Examen de retiro con patología: —
Apto para trabajo en alturas: No	No apto: —

Restricciones médicas ocupacionales:
No Presenta.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal: Si	Valoración por: —
Hacer pausas activas: Si	Reubicación laboral temporal: —
Llevar estilo de vida saludable. dieta, ejercicio: Si	Rehabilitación ocupacional: —
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica: —	Realización de pruebas complementarias: —
Otras: —	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL.
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. Nº 15006/2015 S.D.S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

C.C. 52933379 Bta

Stella Guaidia Salamanca

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.

v 1- 2 018

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y LA FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL EN GÉNERO Y FAMILIA "GENFAMI"

CERTIFICAN QUE:

STELLA GUAIDIA SALAMANCA

C.C. 52.933.379

Completó el *"CURSO DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES"* con una duración *de 40 horas semipresenciales.*

Esta certificación se expide a los veinte (20) días del mes de mayo de 2016.

LIBIA ESPERANZA FORERO GARCÍA
Directora de Salud Colectiva
Subsecretaria de Salud Pública

ERIKA G. VELOZA MARTÍNEZ
Directora
GENFAMI

GENFAMI
Fundación para el desarrollo integral en género y familia

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

STELLA GUAIDIA SALAMANCA

c.c. 52.933.379

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 3 días del mes de Marzo de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S. O. S.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

STELLA GUAIDIA SALAMANCA

c.c. 52..933.379

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de Marzo de 2017
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S. O. S.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

STELLA GUAIDIA SALAMANCA

c.c. 52.933.379

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 3 días del mes de Marzo de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S. O. S.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

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
ESTRATEGICO– GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

FECHA: 17/12/18	CIUDAD: Bogota	DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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		
Garcia	Salamanca	Stella			

TIPO DE IDENTIFICACION				No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52933379	Bogota	2001/Mayo/17
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
21/03/83	Bogota	Colombia	Colombia

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☐	CASADO ☒	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	Uno	1	3134597188

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	PROFESION / OFICIO:
☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	Enfermera	Enfermera

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA:
Calle 29 # 91-07 sur	Bogota	Cundinamarca	Colombia	2025778

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐
sgs891166@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
Pinedo	Beltran	Alfonso	Rafael

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	7876287	Sahagun	1999/oct/29
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ ☐		NACIONALIDAD: Colombia

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	Enfermera Jefe
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 AUTORRETENEDOR
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
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	USS Sanitas

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA							
GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒		# NIT	
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	MENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: X						

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Autopista Sur # 49-50 Sur	7899100	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Enfermera		FECHA VINCULACION	1/Nov/2009

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2'900'000	GASTOS FAMILIARES	1'600'000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	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 de primer nivel de consanguinidad y debe ser laboralmente diferente)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sánchez	Torres	Bertha	Edith
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Autopista Sur # 49 + 11 C 52	Bogotá/Cundinamarca/Colombia	Amiga	301-3352470

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros	848029398	20 de Julio	

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 ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Profesión

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) 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.

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 concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 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 requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, 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 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de 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 personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualqur 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, así 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 hiaran 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 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 consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información

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
ESTRATEGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

Stella Guardia Salamanca

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:		

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora STELLA GUAIDIA SALAMANCA , identificada con Cédula Ciudadanía 52.933.379, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	STELLA GUAIDIA SALAMANCA		
Número de identificación:	52933379	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CALLE 29 SUR NO 41-07	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	2025718	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52933379	GUIDIA SALMANCA STELLA	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 13 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

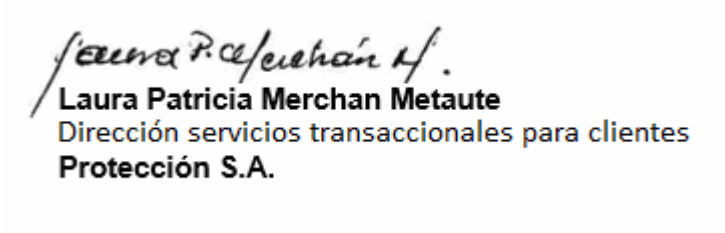
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUAIDIA SALAMANCA STELLA** identificado(a) con **CC** número **52.933.379** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de agosto de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2018121315531

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909403, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52933379	STELLA GUAIDIA SALAMANCA	SAN BLAS-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/12/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 17 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

52933379	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Stella		Guardia	Salamanca

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
21/03/1983	Bogota	Cdle 29 #91-07	2025718

Medimas	Proteccion	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

59598166@hotmail.com	3134597188
Correo Electrónico	Celular

Stella Guardia Salamanca	Maleh Dumis Salazar Enfermera RUN 43 E.S.E
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. 119160203

WEB
10:15:49

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) STELLA GUAIDIA SALAMANCA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52933379:

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 10:07:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52933379
Código de Verificación	529333791812131007 53

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2608756

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 10:11 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **STELLA GUAIDIA SALAMANCA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE** de BOGOTÁ, D.C.

52933379

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: 12_MPISI_1010
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 20:12:43 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52933379**
Apellidos y Nombres: **GUAIDIA SALAMANCA STELLA**

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

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/14

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora STELLA GUAIDIA SALAMANCA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52933379** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número:	**008480293961**
Fecha apertura:	**2007/11/30**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA