



Autenticar el contraseña

UTC -5 18:35:06

JENNY ASTRID DAZA...

- Búsqueda
- Mis procesos
- Menú
- Ir a

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página: 14005862 Ayuda ?

Mis datos de usuario

Nuevo registro

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
53009644	JENNY ASTRID DAZA ROMERO	16/11/2017 12:13:28 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	16/11/2017 12:13:28 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro



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: 15-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DAZA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROMERO	NOMBRES JENNY ASTRID
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53009644	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES NOV AÑO 1993 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cra 6 n 0-70 sur int 2 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3183623219 EMAIL astridnanny@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES FEBRERO	AÑO 2016

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA).

TL (TECNOLÓGICA).

TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA).

UN (UNIVERSITARIA).

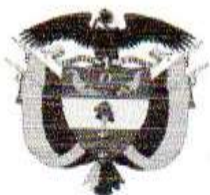
ES (ESPECIALIZACIÓN).

MG (MAESTRIA O MAGISTER).

DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	12 2004	53009644



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: 15-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 SUB RED CENTROORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@subredcentrooriente.com	
TELÉFONOS 444484	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 4 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN dg 39 sur n 3 20 este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA VICTORIA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@subredcentrooriente.com	
TELÉFONOS 5961020	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 4 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN diagonal 39sur No. 3 20 este	

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	8	6
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	6

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



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 INTEGRAL DEL SISTEMA Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 15-dic-2018

Bogotá 19 dic 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Jenny Astrid Daza

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

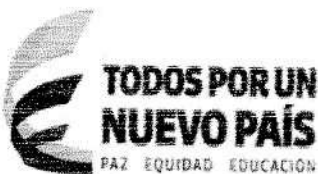
6

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



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 ESTADO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 15-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

YO, JENNY ASTRID DAZA ROMERO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 53009644

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección crra 6 n 0-70 sur int 2

Teléfonos 3183623219 3183623219

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JEREMY ANDRES ROA	10344293424	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	\$ 13.620.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 13.620.000,00

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	0084006788879	VEINTE DE JULIO	\$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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



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: 15-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

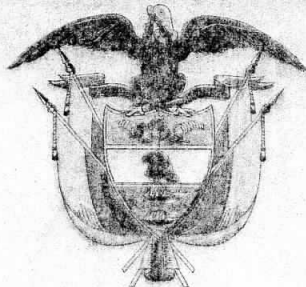
3. FIRMA

Jenny Ashud Daza

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 15-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

El ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

Institución Educativa Distrital

“ José Félix Restrepo ”

Jornada Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
según Resolución No. 7529 del 20 de Noviembre de 1998

Confiere a:

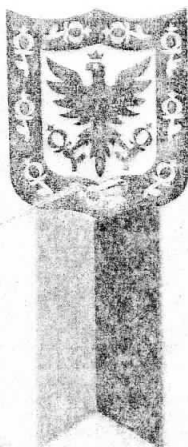
Señor Astrid Daza Romero

C.C. 53.000.644, Bogotá D.C.

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes



Rectora

Secretario (a)

Registro Interno

Acta No29..... Folio No. 17.....

Este Diploma no requiere ser registrado en la secretaría de Educación
de conformidad con el decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Dado en Bogotá, D.C., a 3 de Diciembre de 2002

Acta de Grado

Institución Educativa Distrital

José Félix Restrepo

Jornada Tarde

Carrera 6 No. 18A-20 Sur - Tel: 272 91 85

Inscripción S.E. 3209

Dane: 11100135533

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los tres días del mes de diciembre de 2002. Se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa Distrital "JOSÉ FÉLIX RESTREPO", jornada tarde. Institución aprobada hasta nueva determinación, en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 7529 del 20 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 se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico al graduando cuyos Nombres, Apellidos y Numero de documento de identidad se relacionan a continuación:

Jenny Astrid Daza Romero

C.C. 53.009.644. Bogotá D.C.

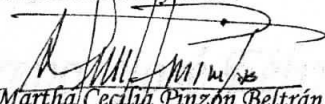
Es fiel copia tomada del Acta original general No. 29 de fecha tres de diciembre de 2002 que consta de noventa alumnos graduados, comienza con el nombre de Héctor Julio Abril Calderón y se cierra con el nombre de Andrés Leonardo Vargas Duarte.

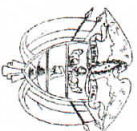
Firmada por Clara Aurora Rojas Morales Rectora y Martha Cecilia Pinzón Beltrán Secretaria

Dada en Bogotá, D.C., a los tres días del mes de diciembre de 2002

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981 No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994


Clara Aurora Rojas Morales
C.C. 41.374.272 de Bogotá
Rectora


Martha Cecilia Pinzón Beltrán
C.C. 51.692.416 de Bogotá
Secretaria



El Instituto de Educación No Formal

INSTITUTO INGABO

Con autorización oficial según Acuerdo 25 del 4 de febrero de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de julio de 1998 de Afiliación y la Resolución No.300 del 6 de febrero de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Se otorga el Certificado de

Técnico Laboral

A: JENNY ASTRID DAZA ROMERO

C.C. 53.009.644

de BOGOTA

Quien cursó, aprobó y cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos en el programa de:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con una duración de 1860 horas

Dado en Bogotá, D.C, a los 7

días del mes de DICIEMBRE

de 2.004

Rosa Feucha Acosta
El Director

Severino Pellauri
Secretaria

Instituto de Educación no Formal

Acuerdos No. 25 del 4 de Marzo de 1998 y No. 27 del 2 de Julio de 1998 del Ministerio de Salud
Resolución No. 300 del 8 de Febrero de 1999 de la Secretaría de Educación

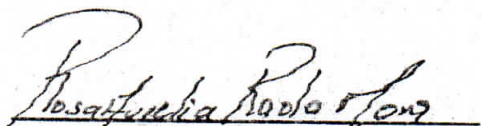
ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION DE TECNICO LABORAL

Registro 31 Folio 41 Libro 1

En la Ciudad de Bogotá a los Veinticinco (25) días del mes de Octubre del año 2.004, se reunieron con el fin de formalizar el Acta de Certificación de los alumnos (as) de **Técnico Auxiliar de Enfermería**, los suscritos Director (a) y Secretario (a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, Institución aprobada hasta Nueva Visita según Acuerdos N°. 25 de Marzo 4 de 1.998 y 27 de Julio 2 de 1.998 del Ministerio de Salud y Resolución N°. 300 del 8 de Febrero de 1.999 emanada de la Secretaría de Educación. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Programa, con una duración de **1.860 horas** se procedió a otorgar la Certificación de **TECNICO LABORAL DE AUXILIAR DE ENFERMERIA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

JENNY ASTRID DAZA ROMERO
C.C. N°. **53.009.644** de **BOGOTA**

Es fiel copia del Acta Original General N°. 11 de fecha 25 de Octubre que consta de 96 alumnos que comienzan con el nombre de **SANDY ACOSTA FLORES** y se cierra con el nombre de **JEYMI ALEXANDRA VEGA OTALORA** firmado por:


DIRECTORA

C.C. No. 39.716.620 de Bogotá


SECRETARIA GENERAL
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los 07 días del mes Diciembre del año 2.004



La República de Colombia
p en su nombre
FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCIÓN
"FUSDESA"

Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Bienestar y el Ministerio de Funcionamiento No. 1330 - 22 de abril de 1999
emitada de la Secretaría de Formación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: Jenny Stelvia Daza Romero

Asistió al curso Básico de
LABORATORIO CLINICO
Con una intensidad de 20 horas



Roberto Salgado González
Presidente

Walter Jarama
Dr. Wladimir Jarama
Director Académica

Dr. Wladimir Jarama
Dr. Wladimir Jarama
Bacterióloga

Trabaja en Bogotá, D.C. a las 10:00 AM del día 10 de mayo de 2010



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DAZA ROMERO JENNY ASTRID

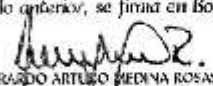
Con Cédula de Ciudadanía No. 53.009.644

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION DE ENFERMERIA EN GINECO - OBSTETRICIA

Con una duración de 60 Horas

Conforme a lo anterior, se firma en Bogotá D. C. a los Dieciocho (18) días del mes de Octubre de Dos Mil Cinco (2005)


GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC/005AP/0477 18/10/2005
No. Y FECHA DE REGISTRO



HOSPITAL LA VICTORIA,
INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Y
QUIRUMÉDICAS LTDA



CERTIFICAN QUE:

JENNY ASTRID DAZA ROMERO

Asistió al:
" III SIMPOSIO EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA SALUD "
INTENSIDAD DE 4 HORAS


Dr. FERNANDO ANIBAL PEÑA/DÍAZ
Gerente


Dra. YANITH PIRAGALUTA GUTIERREZ
Subgerente


JOSE NOEL GARCIA LONDOÑO
Gerente General
QUIRUMÉDICAS LTDA



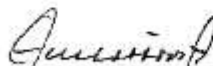
BOGOTÁ, 25 DE JUNIO DE 2013

**LA SUSCRITA SUBGERENTE DE SERVICIOS DE LA COOPERATIVA INTEGRAL
DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA SALUD
COOPINTRASALUD
NIT 830.100.735 - 5**

CERTIFICA:

Que DAZA ROMERO JENNY ASTRID, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.009.644, se encuentra vinculada a COOPINTRASALUD como trabajadora asociada, desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA a partir del 16 de Mayo de 2005, devengando una Compensación Básica mensual por la suma de TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE. (\$381.500.00), y por otros Reconocimientos Económicos la suma de DOSCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE. (\$270.200.00), bajo la modalidad contractual de Acto Cooperativo, para la ejecución de labor individual, actividad que realiza en HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ASISTENCIAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

La presente certificación se expide con destino al interesado, a los 28 días del mes de Octubre de 2005.


LUISA OSORIO TORRES
SUBGERENTE DE SERVICIOS

COOP. INTRASALUD
NIT 830.100.735-5



REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

JENNY ASTRID DAZA ROMERO

Con CEDULA DE CIUDADANÍA No. 53009644

Cursó y aprobó la acción de Formación

ORIENTACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Nueva a los Doce (12) días del mes de Noviembre de Dos Mil Nueve (2009)

FERAÍÍN BELTRÁN BARRAQUÁN

SUBDIRECTOR CENITRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
REGIONAL HUILA

SGC/2009/1739471 12/11/2009
N.º Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página <http://sis.senavirtual.edu.co>

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2005





REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constatar que

JENNY ASTRID DAZA ROMERO

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53009644

Cursó y aprobó la acción de Formación HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firmo en Bogotá d. c. a los Veinticinco (25) días del mes de Abril de Dos Mil Diez (2010)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUPERINTENDENTE DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL BOGOTÁ



SGC/20102098764 25/04/2010
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página <http://sis.senarctual.edu.co>

Resolución 0003454 del 03 de Marzo de 2008

**LA ESCUELA DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN
ERGOS ET SOFIA**

CERTIFICA QUE

Jenny Astris Daza Romero.

sistió al programa académico "ACTUALIZACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL"
INTENSIDAD 8 HORAS

Contratado por LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ para las
EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO ADSCRITAS

Bogotá D.C., Enero de 2006



LEONARDO GUÁQUETA RODRÍGUEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

441



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCIÓN

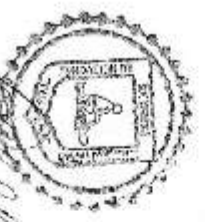
"FUSDESA"

Concación para el Trabajo y Desarrollo Humano. Decreto No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social. No. 1330 - 22 de abril de 1999
emitada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: Jenny Stelvia Diana Romero

Asistió al curso Básico de
PRIMEROS AUXILIOS
Con una intensidad de 20 horas



Roberto Calumbo González
Presidente

María Francisca
Dir. de Gestión de la Salud
Directora Académica

Quito, Ecuador, 10 de mayo de 2010

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

gotá, D.C

ñores

Instituto Ingabo

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

I. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Jenny Astrid Daza Romero, en consideración 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 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de los personales, en cuanto al principio de libertad *"el tratamiento sólo puede ejercerse si el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento..."*

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

Técnico Auxiliar de enfermería
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

rdialmente,

na:

de documento:

53009644

jeta profesional No.:

53009644

cción de contacto:

cr 6 # 070 SUR INT 2

éfono:

3183623219.

LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **JENNY ASTRID DAZA ROMERO** Identificada con CC. N° 53.009.644, presta sus servicios en la USS La Victoria, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR C-TO
771 DE 2010	01-06-2010	31-12-2010	\$6.426.000
231 DE 2011	01-01-2011	31-12-2011	\$11.448.000
104 DE 2012	01-01-2012	31-12-2012	\$11.772.000
404 DE 2013	01-01-2013	31-12-2013	\$12.744.000
441 DE 2014	01-01-2014	31-12-2014	\$12.496.200
461 DE 2015	01-01-2015	31-12-2015	\$12.517.200
335 DE 2016	01-01-2016	09-01-2017	\$15.423.200
PS-1684-2017	10-01-2017	31-03-2017	\$4.133.400

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CATEGORIA VI NIVEL 2

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado (a) a los dos (2) días, del mes de Febrero de 2017

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la Carrera 12 d No. 26 a – 62 Sur, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,


HEYDE DEL CARMEN RODRIGUEZ PEREZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Oficina Jurídica- Contratación OPS

Proyecto: Isabel Jiménez Técnico Oficina de Contratación OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

53009644

DAZA ROMERO

APELLIDOS

JENNY ASTRID

NOMBRES

Jenny Astrid Daza Romero

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

28-DIC-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14322312661



(415)7707212489984(8020) 000001432231266 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 3 0 0 9 6 4 4

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 3 0 0 9 6 4 4

27. Fecha expedición:

2 0 0 1 1 2 2 8

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

DAZA

32. Segundo apellido

ROMERO

33. Primer nombre

JENNY

34. Otros nombres

ASTRID

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 1 D 5 A 10 BRR LAS CRUCES

42. Correo electrónico:

astridnanny@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

2 8 9 8 0 4 1

45. Teléfono 2:

3 1 8 3 6 2 3 2 1 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 7 0 3 1 2

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

3 2 2 3

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha: 2 0 1 4 1 2 1 1

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 FRANCO CASTRO CLAUDIA MARCELA

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 10-11-2010

Hora: 8:15:06 A.M.

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE **NIT** 53009644-7 **JENNY ASTRID DAZA ROMERO**

Información General

Dirección CL 1 D 5 A 10

Teléfonos 2898041-3183623219

Dirección electrónica astridnanny@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 21/04/2015

Soporte Inscripción 16635981

Fecha Inicio Actividades 12/03/2007

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000236

Fuente (CA T)

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

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

**BOGOTÁ
HUMANA**



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE ENSCRIPCION

30-03-2005

Fecha de Expedición

• DAZA ROMERO

JENNY ASTRID

CC 53009644

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SALUD

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR SANTIAGO DE BOGOTÁ

Resolución No 1438 de 21/02/2005

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) DAZA ROMERO JENNY ASTRID Identificado(a) con CC número 53009644 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO ANGABO el día 07/12/2004 y registrado en el libro 1 Folio 31 año 2004
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a DAZA ROMERO JENNY ASTRID identificado(a) con CC Número 53009644 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

En Bogotá D.C a los 21/02/2005

SAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS
Director de Desarrollo de Servicios.

por: Víctor Sánchez
y: Adriano Lezcano

Bogotá, D.C 29-03-05
A la fecha notifique personalmente al
señor (a) Jenny Astrid Daza Romero
CC. # 53009644 Bta

Firma

Bogotá sin indiferencia

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 *	Número de Identificación *
Cédula de Ciudadanía ▼	53009644
Primer Nombre *	Primer Apellido *
jenny	daza

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-15→6:47:32 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	53009644	JENNY	ASTRID	DAZA	ROMERO	Ver

Información Detallada [CC: 53009644] JENNY ASTRID DAZA ROMERO

2018-12-15→6:47:32 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2005/2/21	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación en 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).



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO**



8288465

Orden No: **8288465**
Paciente: **DAZA ROMERO JENNY**
Documento Id: **CC 53009644**
E.P.S.: **HOS-USAQUEN**
Sede: **ORQUIDEA**
Servicio: **CONSULTA EXTERNA.**

Fecha de ingreso: **28-Aug-2018 8:47 am**
Fecha de Impresión: **01/10/2018**
Edad: **34 Años 9 meses 10 días** Se:
Telefono: **3183623219**
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

ANEXOS



**LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN**
ANGRADE MARVEZ

Página 1 de 1



90304583

Nombre: **DAZA ROMERO JENNY ASTRID**
Identificación: **CC 53009644** Tel: **3183623219**
Edad: **34 Años 0 Meses 0 Días** Sexo: **F**
Médico: **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento: **8288465**

Fecha de recepción: **03-sep-2018 5:28 pm**
Fecha de impresión: **19-sep-2018 2:29 pm**
Empresa: **ANALISIS TECNICOS LTDA**
Sede: **REFERENCIA**
Fecha Validación: **04-sep-2018 5:44:00a.m.**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ag. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Método: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1.020.759.827
BACTERIOLOGA

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1.020.759.827
BACTERIOLOGA

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxóide Tetánico Difterico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			
	R			
Contra Hepatitis B				

0338011535517604126-21-12

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 MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre:

Jeny Astrid

Apellidos:

Daza Rango

Documento de identidad:

C.C. P.T. Pasaporte

No. 53009644

Fecha de nacimiento:

Día 18 Mes nov Año 1982

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 09/08/2016
Nombre Jenny Aptnd Daza Romero
Identificación 53 009 644
Fecha de nacimiento 18/11/1983 Edad 32
Cargo Enfermero Auxiliar
Género MASCULINO ☐ FEMENINO ☒
Empresa Hospital La Victoria
Empresa usuaria _____

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ EGRESO ☐ OTRO ☐

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO ☒ APTO APLAZADO ☐ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES ☐ CON RESTRICCIONES ☐
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO ☐

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen medico Satisfactorio

VISIONOMETRÍA _____

AUDIOMETRÍA _____

ESPIROMETRÍA _____

EXAMENES PARACLÍNICOS _____

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Signos físicos Ausentes

actitud laborales gestos de estiramiento

Acta y Control de Asa.

Médico Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

Nombre, firma y sello del médico

Registro médico 111388

Licencia en S.O. 14858

Paciente

Firma del paciente

Nombre Jenny Aptnd Daza Romero

Cédula 53009644 Bogotá



Servicios y Asesorías

PROTEC *Vida*

Humanización y protección de vida

NIT 900651664-8

Certifica que:

JENNY ASTRID DAZA ROMERO

Identificado (a) con documento No.

CC. 53.009.644 De Bogotá

Asistió y aprobó el curso

**SOPORTE VITAL BÁSICO
Y**

SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una intensidad horaria de 48 HORAS

Guías de lectura, del 01 de Noviembre al 11 de Noviembre de 2017 Taller Practico Realizado el 30 de septiembre
Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su pagina 9 Art 38. y la
Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 48 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años

Lo anterior se firma en Bogotá DC. el Día 11 del mes de Noviembre del 2017.

Javier Mauricio Peña Bonilla
Gerente General

Edgar Humberto Vasquez
Medico Instructor soporte vital
Basico y avanzado



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

Jenny Astrid Daza Romero

Con Cedula de Ciudadanía No. 53.009.644

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

Con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los dieciséis (16) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2018)

Firmado Digitalmente por
JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá, Colombia

JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
Subdirector
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION
REGIONAL ATLÁNTICO

48477532 - 16/11/2018
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 9208001563252CC79806279C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
ORIENTE E.S.E
LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL**

Hace constar que:

DAZA ROMERO JENNY ASTRID
C.C 53009644

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 3 (tres) días del mes de diciembre de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO

Referente laboratorio clínico

Toxicología y servicio transfusional

ISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARIAPT

FECHA: 19 dic 2018 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Destinatario Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Daza SEGUNDO APELLIDO: Romero PRIMER NOMBRE: Jenny SEGUNDO NOMBRE: Astrid

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No IDENTIFICACIÓN: 53009644 LUGAR EXPEDICIÓN: Bogotá FECHA EXPEDICIÓN: 2001-12-28

ASAPOORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 18-11-1983 LUGAR NACIMIENTO: Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: CASADO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ PERSONA A CARGO: 1 NUMERO DE HIJOS: 1 TELEFONO CELULAR: 3183623219

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA: MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHELLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: PROFESIÓN: Auxiliar de enfermería

DIRECCIÓN RESIDENCIA: No 6 # 0-70 Sur 1472 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 3183623219

CORREO ELECTRÓNICO: astridnanny@hotmail.co PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN: FECHA EXPEDICIÓN:

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

SALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:
OCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA

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

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

FUNCIONARIO PÚBLICO: SI ☐ NO ☒ ADMINISTRADOR RECURSOS PÚBLICOS: SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: Subred Integrada de servicios de salud centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ # NIT: 900951051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: No 39 Sur # 3-20 ext 3725610 TELEFONO: 3725610 CIUDAD/MUNICIPIO: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS: Colombia

CARGO ACTUAL: Auxiliar de enfermería FECHA VINCULACIÓN: 10-05-2008

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS: VENTAS ANUALES: CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: FECHA CONSTITUCIÓN: TIPO SOCIEDAD:

Y REZUMEN DEL ORDEN DE LOS DENTROS ROMANOS

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** este con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 099 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estrategia Anticorrupción".

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

Auxiliar de enfermagem

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 edicione, complemente o modifique)

1. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 399 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complete 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 recibe de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, se destinarán a actividades lícitas

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincula (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones o 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/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio u constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.

3. Fotocopia inscripción en el Rit Distrital

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

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

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

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

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

6. 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 DERIVAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES

CONSIDERACIONES

i. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

1. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

1. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes

i. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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:

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

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

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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, teléfono 344 44 84, e-mail carlafe@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes. (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



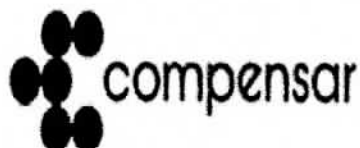
Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA	
1. Fecha	2. Ciudad
Nombre del funcionario o usuario:	
Lugar de la Entrevista:	
Observaciones:	
Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐
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:	



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JENNY ASTRID DAZA ROMERO identificado(a) con cedula ciudadanía 53.009.644 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente bajos ingresos tipo 42 según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20050518	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10554246

CER-AFI



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DAZA ROMERO JENNY ASTRID** identificado(a) con **CC número 53.009.644** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 02 de diciembre de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 14 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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

53009644

Numero de Documento

Positiva

ARL

Jenny

Primer Nombre

Asterid

Segundo Nombre

Daza

Primer Apellido

Romero

Segundo Apellido

18-Nov-1983

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota

Ciudad de Nacimiento

cr6#070SU/INT2

Dirección de Residencia

2067500

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Protección

AFP - Pensiones

\$ 1524.600

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

asteridnanny@hotmail.com

Correo Electrónico

3183623219

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

c.c. 52284299

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119243609



WEB

21:46:21

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 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) JENNY ASTRID DAZA ROMERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53009644:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 14 de diciembre de 2018, a las 21:42:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	5300644
Código de Verificación	5300644181214214238

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



Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 21:43 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., el señor(a) **JENNY ASTRID DAZA ROMERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES NUEVE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO** de BOGOTÁ D.C.

53009644

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_78528_4321**

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



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:47:41 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 53009644

Apellidos y Nombres: **DAZA ROMERO JENNY ASTRID**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

13/12/2018

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora JENNY ASTRID DAZA ROMERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **53009644**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550008400678879
Fecha de apertura	25/06/2010

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA