

 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 TALENTO HUMANO FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS		CÓDIGO: AP-TH-FT-013 VERSIÓN: 06 FECHA: 2018-10-02	
A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Carmenza Ochoa Perdomo		DOCUMENTO:	40366579	
TELEFONO	3133310117		ACTIVIDAD SOLICITADA:	Auxiliar De Enfermería	
NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES). TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE					
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO					
NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				SI	☐ NO ☐
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO					
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒		
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒		
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒		
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒		
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A	☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A	☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	NO	☐
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☐
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A	☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☐	N/A	☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒		
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIU 8692	SI	☒		
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒		
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒	N/A	☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒	N/A	☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☒	N/A	☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☐
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒	N/A	☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒		
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☒	N/A	☐
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☐
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Medico, Enfermera, Bacteriologo, Citoistotecnologo, Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☐
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☒	N/A	☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☐
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☐
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☐
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒		
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: COMPENSAR	SI	☒		
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: COLPENSIONES	SI	☒		
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: SEGUROS BOLIVAR	SI	☒		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	☒		
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:			
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:			

SECOPI | Colombia Compra Eficiente

Editar

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.620334

Aplicaciones New Tab Search Google correo electronico sena Rosario Caja Social contrato sena black board miplanilla Mi Claro Home Bancolombia Sucursales

Búsqueda Mi procesos Menú

Inicio → Inicio → Administración de contratos → Ver contrato

1 Modificación del contrato Cancelar

2 Información general

3 Condiciones

4 Bienes y servicios

5 Documentos del Proveedor

6 Documentos del contrato

7 Información presupuestal

8 Ejecución del contrato

9 Modificaciones del contrato

10 Incumplimiento

VER CONTRATO

Modificación pendiente

Referencia de la modificación	Tipo de modificación	Fecha de modificación	Justificación de la modificación	
CO1.CTRMOD.696246	Modificar el contrato	12/14/2018 5:36 PM (UTC-4:00:00)	ADICIÓN No. 1 Y PRORROGA No. 6 AL CONTRATO PS 0733 2018	Cancelar

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

© 2014 VOTM. Términos de uso Normativa Base de Datos Ayuda Escapar de la Gota

JOTA

ES 03:59 p.m. 16/12/2018



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 ESTRUCTURAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO OCHOA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PERDOMO	NOMBRES CARMENZA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 40366579	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES FEB AÑO 1962 PAÍS Colombia DEPTO Meta CIUDAD Villavicencio		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 35 sur # 52 A 64 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2308358 EMAIL floserse@yahoo.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
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			bachiller académico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	
										☒	MES NOVIEMBRE AÑO 1992

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	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	12 1984	AE062398



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.



Última Actualización: 19-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 subred centro oriente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2892200	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 11 AÑO 2006	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA enfermería	DIRECCIÓN AK 10 # 1	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO MATERNO INFANTIL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2892200	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 5 AÑO 1996	FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 8 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Cra 10 No. 1 66 sur	

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	10	3
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	3

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 INSTITUCIONAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 19-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

BOGOTÁ, DICIEMBRE -18-18

Carmenza Ochoa Perdomo

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)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CARMENZA OCHOA PERDOMO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 40366579 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Calle 35 sur # 52 A 64

Teléfonos 3133310117 2308358

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SERGIO ANDRES QUIROGA OCHOA	1022386187	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	\$ 13.345.500,00
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	\$ 13.345.500,00

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	AHORRO	008480201098	20 DE JULIO	\$ 10,00

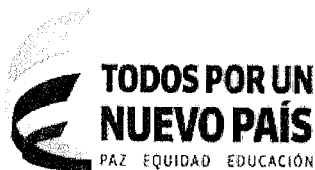
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VIVIENDA	AAA0039YPNX	\$ 205.018.000,00

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.



Última Actualización: 18-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
FLORIBERTO QUIROGA GARCIA	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	19283561

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Carmenza Ochoa Perdomo

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE EL (LA)

INSTITUTO SAN BERNARDO
DE LA SALLE
NOCTURNO

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL SEGUN
RESOLUCION No. 5834 DEL 24 DE MAYO DE 1988

CONFIERE A

Carmenza Ochoa Perdomo

IDENTIFICADO CON C.C. No. 4026657 DE Villavicencio (Meta)

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA
VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN Santa Fe de Bogotá A 28 DE Noviembre DE 1992

ANOTADO AL FOLIO 22-5 LIBRO DE REGISTRO 73

SECRETARIO DE EDUCACION



No 529763



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Profesiones Médicas y Auxiliares

Reconócese este título para todos
los efectos legales

Bogotá, 12. 10. 84

Resolución No. 4968

República de Colombia
El Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"
Certifica

La Aptitud Profesional de:

CARMENZA OCHOA PERDOMO

en el oficio de AUXILIAR DE ENFERMERIA

Áreas aprobadas

3 III. 83

AE

3331

MEDICO QUIRURGICA - MATERNO INFANTIL - PRACTICAS - ETICA

Modo de Formación: COMPLEMENTACION

Subgerente Regional

Secretario

Centro de Formación

BOGOTA 82.12.14
Ciudad y Fecha

83.00608 83.04.08
Registro No



INSTITUTO SAN BERNARDO DE LA SALLE

DIRECCION: CALLE 1-B No. 11-A-42
TELEFONOS: 246 14 36 - 233 57 00
JORNADA: NOCTURNA

INSCRIPCION S. E. 2151

INSCRIPCION DANE 311001-08944

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Santa Fe de Bogotá, D. C., a los veintiocho (28) días del mes de noviembre del año de mil novecientos noventa y dos (19 92), se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría del INSTITUTO SAN BERNARDO DE LA SALLE, institución aprobada hasta el Undécimo Grado (11o.), en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad de Bachillerato Académico, según Resoluciones Nos. 2.435 del veintidos (22) de junio de mil novecientos setenta y seis (1976) y 5.834 del veinticuatro (24) de mayo de mil novecientos ochenta y ocho (1988), aprobación vigente hasta nueva visita.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

(22.) CARMENZA OCHOA PERDOMO C.c.No. 40.366.579 de Villavicencio. (Meta)
Es fiel copia tomada del Acta original general número 0017 de fecha veintiocho
(28) de noviembre de mil novecientos noventa y dos (19 92),
que consta de treinta y siete (37) alumnos, que comienza con el nombre de
TERESA BARBOSA ROBAYO y se cierra con el nombre de
ARJENES ZAMBRANO ROA, firmado y sellado por
HNO: JOSE AGUSTIN NIETO CORTES (Rector); y SILDANA ACEVEDO HERNANDEZ
(Secretaria).

Dada en Santa Fe de Bogotá, D. C., a los trece (13) días del mes de abril
de mil novecientos noventa y tres (19 93).

HERNANDO JOSE AGUSTIN NIETO CORTES

El Rector

C. C. No. 1.981.058 de Pamplona

Firmado y Sellado

SILDANA ACEVEDO HERNANDEZ

La Secretaria

C. C. No. 41.616.189 de Bogotá

Firmado y Sellado



ACTA DE GRADO

REGIONAL DISTRITO
CAPITAL

REGISTRO Y CERTIFICACION REGIONAL

HACE CONSTAR

Que: **OCHOA PERDOMO CARMENZA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.366.579 de Villavicencio (Meta), realizó y aprobó la Especialidad **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**. Certificado de Aptitud Profesional C.A.P., Registro No. 83.00608 del 08 de abril de 1983.

Se expide en Bogotá D. C., a los veinte (20) días del mes octubre del año dos mil seis (2006).


CARLOS EDUARDO ARIAS BERNAL
Coordinador

Carolina G

Bogotá D.C

Señores:

Sena

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Auxiliar de Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Carmenza Ochoa Pardo

No. de documento:

40-366-579 U/CIO

Tarjeta profesional No:

062398

Dirección de contacto:

Calle 35 SW No 52A-64 Bario Teja

Teléfono:

2308358 31333 10-117

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
40.366.579

OCHOA PERDOMO

APELLIDOS

CARMENZA

NOMBRES

Carmenza Ochoa Perdomo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-FEB-1962**
VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

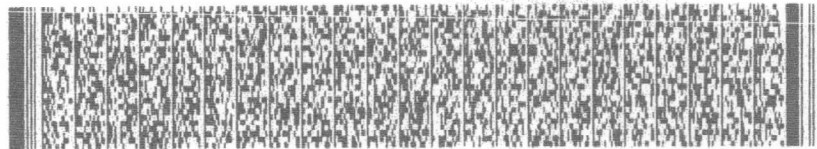
1.58
ESTATURA

A+
G. S. RH

F
SEXO

29-JUN-1980 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500113-45152163-F-0040366579-20061108

0657806310A 02 215222103

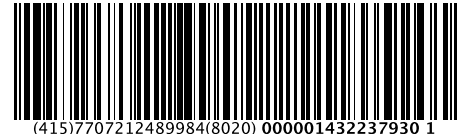
2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14322379301



(415)7707212489984(8020) 000001432237930 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

4 0 3 6 6 5 7 9 -

6. DV

9

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:

4 0 3 6 6 5 7 9

27. Fecha expedición:

1 9 6 2 0 2 0 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio:

Villavicencio

0 0 1

31. Primer apellido

OCHOA

32. Segundo apellido

PERDOMO

33. Primer nombre

CARMENZA

34. Otros nombres

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 35 SUR 52 A 64 BRR TEJAR

42. Correo electrónico:

floserse@yahoo.com

43. Código postal

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

44. Teléfono 1:

2 3 0 8 3 5 8

45. Teléfono 2:

3 1 3 3 3 1 0 1 1 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

1 9 8 2 0 2 0 3

Actividad secundaria

48. Código:

1 1 1 1

49. Fecha inicio actividad:

1 1 1 1 1 1 1 1

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

1 1 1 1

52. Número establecimientos

1 1 1 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	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 ☒

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 MATEUS PINEDA RONALD MAURICIO

985. Cargo: Gestor I



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:11/12/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 40366579

CARMENZA OCHOA PERDOMO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 35 SUR 52A 64 Teléfonos: 8134745
Dirección electrónica: floserse@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC
Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO
Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0
Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)
Actividad 2:
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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 Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD





SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
N° AT 0052398
SEÑORA PERDOMO
CARMEN
4036

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Carmen Polina Perdomo
Mano de la Señora

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NUMERO

04068

DE 19

(10 ABR. 1984)

Por la cual se concede una autorización.

EL MINISTRO DE SALUD,

en ejercicio de las facultades conferidas por el Decreto número 3134 de 1956 y en desarrollo de las Resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 y

CONSIDERANDO:

Que CARMENZA OCHOA PERDOMO, con cédula de ciudadanía No. 40.366.579 de Villavicencio, ha solicitado la refrendación del Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó El Servicio

Nacional de Aprendizaje "SENA", el 14 de Diciembre de 1982, y

Que dicho Certificado se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación Bogotá, al folio 1--0 del libro 84 el 27 de Febrero de 1.984

RESUELVE:

ARTICULO UNICO — Autorízase a CARMENZA OCHOA PERDOMO para ejercer como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el territorio nacional, previa anotación correspondiente

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,



HUMBERTO CORROBA W
Director



JUDITH GUZMAN PARRA

ReTHUS

No es seguro | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHIdentificacion.aspx

Search The Web

Buscar

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
40366579

Primer Nombre *
CARMENZA

Primer Apellido *
OCHOA

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-17--9:13:27 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	40366579	CARMENZA	OCHOA	PERDOMO		Ver

Información Detallada [CC: 40366579] CARMENZA OCHOA PERDOMO

2018-12-17--9:13:27 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1984/4/10	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	

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

ES 09:13 p.m. 17/12/2018



Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: domingo, 02 de diciembre de 2018
04:03 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Nombres y Apellidos: CARMENZA OCHOA PERDOMO
Fecha de nacimiento: 05/02/1982

Número de identificación: 40366579

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
AH1N1	Primera dosis	11/05/2010			INSTITUTO MATERNO INFANTIL LA VICTORIA
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis	23/03/2013	Bostrix	AC37B064AA 05/13	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Recién nacido	03/05/2017	Hepavax Gene	1434028.05	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO
	Primera dosis	16/02/2016	Engerix B Adultos	AHBVC514BC	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO
	Segunda dosis	16/03/2016	Hepavax Gene	1434021.01	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO
	Tercera dosis	19/04/2016	Hepavax Gene	1434021.01	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO
Influenza	Única	24/05/2018	GC FLU	V50218006	INSTITUTO MATERNO INFANTIL LA VICTORIA SEDE II
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				



Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: domingo, 02 de diciembre de 2018
04:03 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía Número de identificación: 40366579
Nombres y Apellidos: CARMENZA OCHOA PERDOMO
Fecha de nacimiento: 05/02/1962

Td	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Ciudad: Bogotá

Fecha de certificado: 23 de Julio de 2016

Certificado de: Ingreso

1. DATOS PERSONALES

Nombre(s) y apellido(s): CARMENZA OCHOA PERDOMO

Cédula de ciudadanía N°: 40366579 DE VILLAVICENCIO

Cargo: AUX ENFERMERIA

2. CONCEPTO

El médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo referidas por el trabajador, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

APTO ☒

APTO CON RESTRICCIÓN TEMPORAL ☐

APTO CON RESTRICCIÓN DEFINITIVA ☐

NO APTO ☐

3. RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

- Capacitación en higiene postural
- Pausas activas: CADA 3 HORAS DURANTE ACTIVIDAD REPETIDA
- Uso de elementos de protección personal según exposición
- Hábitos nutricionales saludables
- Actividad física regular
- Seguimiento en sistema de inteligencia epidemiológica: BIOMECANICO
- Control periódico: MEDICINA LABORAL EPS.
- Actualizar esquema de vacunación: INFLUENZA ANUAL

4. RESTRICCIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Marcela Solano P.

Médico Salud Ocupacional

U. del Rosario

CIC: 63.550.629

Firma - Médico Ocupacional

L.S.O. N° 4626/2014

Carmenza Ochoa Perdomo

Firma del trabajador

c.c. 40366579



SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Carmenza Ochoa Perdomo

C.C. 40.366.579 Villavicencio.

**ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO**

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

**DADO A LOS 12 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2018,
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS**

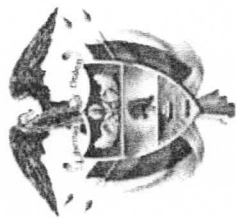
Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD



Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 2 FOLIO 0554

Sede administrativa Calle 8 A # 72A - 32 Barrio Castilla
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639
sabersaludse@gmail.com



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CARMENZA OCHOA PERDOMO

Con Cedula de Ciudadania No. 40.366.579

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintidos (22) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

40824786 - 22/11/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9403001334972CCC40366579C.

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

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

FECHA: 15-12-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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: OTRO

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Ochoa SEGUNDO APELLIDO: pedano PRIMER NOMBRE: Camariza SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ IDENTIFICACION: 4036657 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Villavieja FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 29-June-1980

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

FECHA NACIMIENTO: 5-02-1962 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Villavieja PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

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

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

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

DIRECCION RESIDENCIA: Calle 38 sur 52A-64 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 8308658

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: Florese@yahoo.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

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

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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO: ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Sub red integrada de servicios Centro Oriente			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	NANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL:				
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Da 34-543		3444484	Bogota	Cundinamarca	Celestina
CARGO ACTUAL		Auxiliar enfermería		FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	2006/11/06
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA (\$ PESOS)					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	800.000	AHORROS	
HONORARIOS	1575420	ARRIENDOS	0	INVERSIONES	
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	260.000.000
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	500.000	OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1575420	TOTAL EGRESOS	1300.000	TOTAL ACTIVOS	260.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Santos	Ruiz	Orlando			
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
Cl 76 se F12-06	Bogota	Amigo	3102528622		
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
Daniel da	Ahorros	008480291098	20 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 EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
					CUAL:
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE 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 NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
Auxiliar de enfermería					

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

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 NORTE 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 NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE 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 NORTE 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 NORTE 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.
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 Único 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 esta obligado a declarar)
 6. 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)
- APODERADO:** 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.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo 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.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 Norte ESE, con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15 - 41, teléfono 3 49 90 80 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 prestación 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 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 estudios técnicos 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 INFORMACION: 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 de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, 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 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 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 INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transactan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15 - 41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80, e-mail: surloft@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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 - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Carmenza Ochoa Parborno

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



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

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CARMENZA OCHOA PERDOMO identificado(a) con cedula ciudadania 40.366.579 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	317

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED

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
10569220

CER-AFI

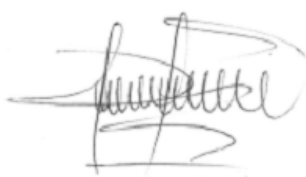
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CARMENZA OCHOA PERDOMO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **40366579**, se encuentra afiliado (a) desde **07/05/1979** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	5	HORIZONTE	24/07/1999	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/03/2007	No Multivinculado

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital La Victoria

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

40366579

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Carmenza

Primer Nombre

Segundo Nombre

Ochoa

Primer Apellido

Pendomo

Segundo Apellido

5-2-1962

F. Nacimiento dd/mm/aa

Villavicencio

Ciudad de Nacimiento

calle 35 sur No 52764

Dirección de Residencia

2300358

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

floserse@yahoo.com

Correo Electrónico

3133310117

Celular

Carmenza Ochoa Pendomo

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 120042269



WEB
12:17:08
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de enero del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARMENZA OCHOA PERDOMO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40366579:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 17 de diciembre de 2018, a las 20:29:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	40366579
Código de Verificación	40366579181217202914

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 7:49 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) **CARMENZA OCHOA PERDOMO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CUARENTA MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE** de VILLAVICENCIO

40366579

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_W5HTM_497**

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

Subred Centro Oriente

Secretaría Distrital de Salud de B...

Recibidos (200) - yoli2305.ygc@...

Policia Nacional de Colombia

← → ↻ ↺

https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml

☆ ⓘ Y

Aplicaciones

Banco Davivienda - Ir

Resultado de imagen

Se ha producido un e

http://www.yahoo.co

Ver mensaje!

Intranet::

ORFEO, Módulo de

Google

b

Zimbra:

YouTube

Pinterest

WhatsApp

Instagram

G+

Twitter

Facebook



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:22:31 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **40366579**
Apellidos y Nombres: **OCHOA PERDOMO CARMENZA**

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.

↑

IMG_20181217_12...jpg

hojadevidasubred (1).z...

24. CERTIFICADOPDF

21. CERTIFICADOPDF

25. CERTIFICADOPDF

Mostrar todo

×



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/10/06

Por medio de la presente hacemos constar que la señora CARMENZA OCHOA PERDOMO
con Cédula de Ciudadanía número 40366579
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008480291098

Fecha Apertura 2007/08/22



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA