Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Jenny Lizeth Vidales Cuellar,

Jenny Lizeth Vidales Cuellar con el NIT 1016039201 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar »

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VIDALES	CUELLAR	JENNY LIZETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1016039201

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 5 MES OCT AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 10B este 8-47

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2339394

EMAIL stevenultimate66@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2007
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		auxiliar de enfermeria	12	2009	0851

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: subred integrada de salud centro oriente e.s.e	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 12 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: auxiliar enfermeria	*DEPENDENCIA*: enfermeria	*DIRECCIÓN*: diagonal 34 # 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: asociacion de caridad ashocar	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 6040997	*FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 10 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 8 MES 4 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: enfermeria	*DEPENDENCIA*: enfermeria	*DIRECCIÓN*: cl 71 a 57b-42	

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	1	0
PRIVADO	0	6
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

Bogota 13/12/18

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Jenny Viviales

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1016039201 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cra 10B este 8-47 **Teléfonos** 3215818684 2339394

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
amparo cuellar rodriguez	26459187	MADRE
maicol steven castañeda vidales	1074528293	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	$ 10.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 10.000.000,00

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	008400777200	20 de julio	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	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 acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Jenny Vidales

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACIÓN Y CULTURA DE SOACHA
y en su nombre la

CORPORACIÓN EDUCATIVA ARKOS "U"

Personería Jurídica No. 6621 del 29 de Septiembre de 1997
Autorización Oficial según Resolución No. 077 *del* 10 *de* Diciembre
de 2004 *de la Secretaría de Educación y Cultura de Soacha*

Confiere a:

Vidales Cuellar Jenny Lizeth

Identificado con C.C. *No.* 1'016.039.201 *de* Bogotá

El certificado de Aptitud ocupacional de

Técnico en Auxiliar de Enfermeria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a la Educacion para el trabajo y desarrollo humano en el campo laboral según los planes vigentes de la Ley 1064 de 2006 y Decreto 2888 del 31 de Julio de 2007, con una intensidad horaria de 1850 *horas*

Este documento es oficial y para su validez y originalidad deben ser autentificadas las firmas en la Notaria 21 de Bogotá y verificar su fuente en los Tels: 312 395 6000 - 317 644 9666

HUMBERTO GONZÁLEZ VILLANUEVA
DIRECTOR GENERAL

Directora
Nancy Stella Martínez Pulido

Director Regional

Camilo Otero Sánchez
Secretaria Académica

Dado en Soacha *a los* 15 *días del mes de* Diciembre *de* 2009
Registro Folio No. 025 *del Libro de Actas No.* 01 *Acreditación No.* H143.

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
El Ministerio de Educación Nacional
y en su Nombre

CENTRO EDUCATIVO DIOS ES AMOR

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
Según Resolución No 000816 de Junio 20 de 2000.

Confiere a:

Jenny Lizeth Vidales Cuellar

Identificado(a) con T.I. No. 901005-70814 de Soacha

El título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación
Media Académica, Articulo 28 ley 115 de 1994
Según los planes y programas vigentes.

Dado en Soacha al primer (1) día del mes de Diciembre de 2007

Rector ***Secretaria***

No se requiere registro de la Secretaria de Educación
Según decreto 921 del 06 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 05 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

Corporación Dios es Amor

Acta No. 0143

En Soacha, a los 15 días del mes de Diciembre del año 2009, se reunieron los suscritos Director General, Director, Director(a) Regional, y Secretaria Académica de la Institución, con el fin de formalizar la certificación de los estudiantes del ultimo módulo de educación para el trabajo y desarrollo humano de la "Corporación Educativa Arkos" "U". Institución aprobada según Resolución No. 077 del 10 de Diciembre de 2004 de la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la Educación para el trabajo y desarrollo humano de acuerdo a los lineamientos trazados por la Ley 1064 de 2006 y Decreto 2888 del 31 de Julio de 2007 y la ley General de Educación se procedió a otorgar al estudiante Vidales Cuellar Jenny Lizeth identificado con C.C. No. 1'016.039.201 expedida en Bogotá el Certificado de Aptitud Ocupacional:

Es fiel copia tomada del Folio No. 025 del libro de Actas No. 01 de fecha 15 de Diciembre de 2009 y que consta de 12 estudiantes que comienzan con el nombre de Banquez Benitez Jandy identificado(a) con C.C. No. 92.400.861 de San Onofre y termina con el nombre de Vidales Cuellar Jenny Lizeth identificado(a) con C.C. No. 1'016.039.201 de Bogotá

Dada en Soacha a los 15 días del mes Diciembre del año 2009

Este documento es oficial y para su validez y originalidad deben ser autenticadas las firmas ante Notaría 21 de Bogotá y verificar su fiesde en los Tels.: 312 395 6000 - 317 644 3666

HUMBERTO GONZÁLEZ VILLANUEVA
DIRECTOR GENERAL

Director Regional

Secretaria Académica

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E.
DANE. 325754003428

CENTRO EDUCATIVO DIOS ES AMOR

En la ciudad de Soacha al primer (1) día del mes de Diciembre del año 2007 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as) de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del CENTRO EDUCATIVO DIOS ES AMOR. Jornada Única. Institución aprobada hasta grado once en el nivel de Educación Media. Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académico, según Resolución No. 000816 del veinte de Junio del año 2000. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar

EL TITULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

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

JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR

Identificado (a) con T.I. 901005-70814 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 07 Folio No. 195 - 258 de fecha 01/12/2007 que consta de 66 alumnos que comienza con el nombre de ALDANA AGUILAR INGRID MAYERLY y se cierra con el nombre de YATE GALVIS LINA JOHANNA.

Firmado y sellado por,
MANUEL VICENTE BAUTISTA GAMBOA (Rector) y
ANA ANGÉLICA CHAPARRO (Secretaria).

Dada en Soacha - Cundinamarca al primer (1) día del mes de Diciembre del año 2007.

Firmada y Sellada,

MANUEL VICENTE BAUTISTA GAMBOA
C.C. No. 19.077.548 de Bogotá

ANA ANGÉLICA CHAPARRO VARÓN
C.C. No. 52.786.083 de Bogotá

Palabra & Hechos

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR

c.c. 1.016.039.201

ASISTIO AL CURSO

TOMA DE MUESTRAS

El curso sigue los lineamientos establecidos en las normas de competencia laboral 230101064, 230101149, 230101150, 230101156, 280201035, 290801074. y del manual de procedimientos estándares de calidad y de habilitación de laboratorio clínico del ministerio de salud y protección social.

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 14 dias del mes de Junio 2017.
Validez 2 años.

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

Paola M. Vieda
Directora

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

David Londoño
Sub Dirección Académica

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:

JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR
C.C.1016039201

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 14 (catorce) días del mes de agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR

c.c. 1.016.039.201

ASISTIO AL CURSO

VACUNACION P.A.I.

(PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN)

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMA TÉCNICA DE VACUNACION DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101210
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

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

Dado en Bogotá D.C., a los 12 días del mes de Junio de 2017
Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

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

David Londoño
Sub Dirección Académica

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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: 2018-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Corporacion Educativa Arkos "U"

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Jenny Lizeth Vidales Cuellar, 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 relevé 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:

Tecnico en Auxiliar de Enfermeria

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Jenny Vidales

No. de documento: 1.016.039.201

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto: 3215818684

Teléfono: kr 10B este # 8-47

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.016.039.201
VIDALES CUELLAR

JENNY LIZETH

Jenny Vidales

FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1990
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-OCT-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

I<COL1016039201<8 1 1016039201 F 9010055201 2001204 0018661704A 1 3324460

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUES

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14436050251

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 6 0 3 9 2 0 1 – 2

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá: 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida: 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía: 1 3

26. Número de Identificación: 1 0 1 6 0 3 9 2 0 1

27. Fecha expedición: 2 0 0 9 1 0 2 2

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C.: 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.: 0 0 1

31. Primer apellido: VIDALES

32. Segundo apellido: CUELLAR

33. Primer nombre: JENNY

34. Otros nombres: LIZETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA: 1 6 9

39. Departamento: Cundinamarca: 2 5

40. Ciudad/Municipio: Soacha: 7 5 4

41. Dirección principal: CR 10 B ESTE 8 47 BRR VILLA MERCEDES I SECTOR

42. Correo electrónico: stevenultimate66@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 2 1 5 8 1 8 6 8 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código: 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 1 0 1 2 6	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 1 0 2 0

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 16 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: VIDALES CUELLAR JENNY LIZETH
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-10-2017 10:27:00AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 20-10-2017
Hora: 10:38:37 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1016039201-2 JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR

Información General

Dirección KR 10B ESTE 5 47 BRR VILLA MERCEDES I SECTOR

Teléfonos 3215818684

Dirección electrónica stevenutimaze06@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 20/10/2017

Soporte Inscripción 21545960

Fecha Inicio Actividades 26/01/2011

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: 17002306890

Fuente ICA TE TOCA

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

Departamento de
CUNDINAMARCA

RESOLUCION No. 2S 0851 **DE 2011**

(04 MAR 2011)

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional".

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas por las Resoluciones Nos.0285 de 07 de febrero de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, emanadas del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que **JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR,** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **1,016,039,201 DE BOGOTA D.C.,** solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, según **CERTIFICADO** que le otorgó **LA CORPORACION EDUCATIVA ARKOS U EN SOACHA-CUNDINAMARCA según ACTA H143 de fecha 15 DE DICIEMBRE DE 2009.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, es requisito Registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No.030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** conferido a **JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No.**1,016,039,201 DE BOGOTA D.C.,** según **CERTIFICADO** que le otorgó **LA CORPORACION EDUCATIVA ARKOS U EN SOACHA-CUNDINAMARCA, según ACTA H143 de fecha 15 DE DICIEMBRE DE 2009.**

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional y tiene efectos de Inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 04 MAR 2011

ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

Vo.Bo. DR. CARLOS ARTURO HURTADO MEDINA
Oficina Planeación de Asuntos Jurídicos

Proyectó: Edgar Díaz
12/02/2011

Vo.Bo. DR. GONZALO CONTRERAS LEAL PARS
Dirección Aseguramiento de Servicios

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1016039201

Primer Nombre *

jenny

Primer Apellido *

vidales

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2018-12-14→2:33:45 AM -2018-12-14→2:36:36 AM -2018-12-14→2:37:13 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1016039201	JENNY	LIZETH	VIDALES	CUELLAR	**Ver**

Información Detallada [CC: 1016039201] JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR

2018-12-14→2:37:13 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2011/3/04	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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

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).

idime

Página N° : 1
Fecha ingreso : 23/10/2017 07:25:37 AM
Fecha impresion : 25/10/2017 08:40:39 AM

01-E01-603505

No. de Orden	: E01-603505	No. Interno	: E01-603505
Paciente	: VIDALES CUELLAR JENNY LISETH	Edad	: 27 a 0 m 18 d
Documento Id	: 1016039201	Teléfono	: 0
Empresa	: PARTICULAR	E-Mail	: 0
Sede	: LAGO	No. Autoriza:	

B**A

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	POSITIVO	16.1 UI/L	
Metodo: Inmunoensa o Encimatco			

Valor de referencia:
Negativo: menor de 10 IU/L.
Positivo: mayor de 10 IU/L post vacunación

FIRMA DE RESPONSABLE

RESPONSABLE -

RESPONSABLE PARCIAL -

Dalila Fuentes Ramirez

Firma:DALILA FUENTES RAMIREZ REG 52986513

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a esta reporte

DR. EDGARDO ROMERO R.
ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL
RM: 1980 DE 22/02/2010 - SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ
NIT 3726903-3
EXÁMENES DE INGRESO- PERIÓDICO – RETIRO – TRABAJO EN ALTURA

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 20-10-2017

MOTIVO DE EVALUACIÓN:

Ingreso: X-- Periódico ____ Retiro ____ Trabajo en alturas ___

El Suscrito Médico Especialista en Salud Ocupacional, hace constar que en la fecha a Realizado Evaluación Médica a:

NOMBRE: Jenny Lizeth Vidales Cuellar PRESION ARTERIAL:120/80
C.C: 1016039201 DIRECCIONcra 10b este #8-47 TELEFONO 3215818684 .EPS: ecoopsos
ARL:.....EDAD: 27 años .ESTADO CIVIL: soltera....HIJOS 1 TALLA: 1.52 PESO: 65 kl GRUPO SANGUINEO: o+

EVALUACIONES REALIZADAS

Examen médico	_ X_-OSTEOMUSCULAR Y VASCULAR NORMAL
Ex.neurologico	-X---EQUILIBRIO NORMAL Y ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS MENTALES
Audiometria	NO
Visiometria	NO
Laboratorio Clinico	NO
Espirometria	NO

NOMBRE DE LA EMPRESA:INDEPENDIENTE
CARGO:AUXILIAR DE ENFERMERIA
CONCEPTO MEDICO
Apto Sin Restricción: .....X.....APTO PARA EL CARGO ASIGNADO
Apto con restricciones .....
Aplazado .....
No apto .....

RECOMENDACIONES: PAUSAS ACTIVASALIMENTACION SANA Y CAMINATA

Remisión a:_____

FIRMA DEL PROFESIONAL
RM:

Jenny Vidales
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C: 1 016 039 201.

HUELLA

Carrera 69B No. 24-39 / Cel.: 311 872 2823 –3002219228 Whatssap:3118722823- 304 526 2826 – Bogotá- Colombia.
Correo: eromero5627@gmail.com

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR

C.C.1.016.039.201

ASISTIO AL CURSO

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

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

Dado en Bogotá D.C. a los 28 días del mes de Julio de 2017
Validez 2 años.

Paola M. Viada
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR

C.C.1.016.039.201

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

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

Dado en Bogotá D.C, a los 28 días del mes de Julio de 2017.
Validez 2 años.

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

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8066532 CEL: 3192978684 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

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

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

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

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

FECHA: DIC 10/18 | CIUDAD: Bogota | DEPARTAMENTO: Cundinamarca.

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Vidales	Cuellar	Jenny	Lizeth

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1016039201	Bogota	22-Oct-2009
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
5 Oct 1990	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	1	1	3215818684

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐	CUAL: Aux. Enfermeria	Aux. Enf

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 10 B este # 8-47	Bogota	Cundinamarca	Colombia	2339394

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Stevenuttimcite 66@hotmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

DIRECCION RESIDENCIA (Si trabaja)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒			900959051
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:						

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 #. 5-43	3949484	Bogota	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Auxiliar de enfermeria	1/12/18

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-0
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1526.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1526000	TOTAL EGRESOS	1.000.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gonzalez.	Caceres	NUM	Maritza.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cll 19 Sur # 11-17 este	Bogota	Amiga	3143174535

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros	008400777200	Bogota	388383

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliar de enfermeria

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES 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 estanda internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicable las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de u autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

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 Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la 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 , estadísticos, 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 medica, 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 cualquir otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevensión 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 Nacionalde Salud, exigen las mismas.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, 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 los informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal a) 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 - 42 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail radicacion@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

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

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

FIRMA Y HUELLA

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

Jenny Vidales

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

INFORMACION DE ENTREVISTA

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

INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

8.Fecha:	9. Ciudad:
10. Nombre y Cargo de quien verifica:	
11. Lugar de la verificación:	
12. Observaciones:	
13. Firma y cédula:	

ECOOPSOS
ESS EPSS

LA ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD ECOOPSOS

RC-ABD-035-03

CERTIFICA

Que una vez consultada nuestra base de datos, se encuentra registrada la información del siguiente usuario del Régimen Subsidiado:

Tipo de Identificación	:	CC - Cedula de Ciudadania
Número de Identificación	:	1016039201
Apellidos	:	VIDALES CUELLAR
Nombres	:	JENNY LIZETH
Estado en base de datos	:	AC - ACTIVO
Fecha de Afiliación a la EPS_S	:	21/01/2015
Fecha de Cornetización	:	21/01/2015
Nivel de Sisben	:	1 (EXENTÓ DE PAGO)
Municipio	:	SOACHA (Cundinamarca)
IPS Puerta de Entrada	:	PREVENCION SALUD IPS LTDA

La presente se expide a solicitud del interesado a los **trece (13)** días del mes de **Diciembre** de dos mil diez y ocho (2018).

El estado en la base de datos puede cambiar de conformidad con las causales legales o contractuales que notifique a la EPS'S el ENTE TERRITORIAL

"VALIDA UNICAMENTE PARA COMPROBAR DERECHOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS"

JOSE URIEL PAVA RAMOS
DEPARTAMENTO DE ASEGURAMIENTO

NOTA: Los datos personales aquí aportados, forman parte de los ficheros automatizados existentes en la Entidad, serán tratados y protegidos según la Ley Orgánica 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 de Protección de Datos de carácter Personal, las políticas de tratamiento de la información y las normas que los reglamentan o complementan para el almacenamiento y uso de la información.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR**, identificado(a) con CC **1016039201**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 28/02/2013

Se expide a solicitud del interesado el 13/12/2018

Cordialmente,

Gerente de Clientes

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

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

CÓDIGO: AG-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-06-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1016 039 701			Seguros Bolivar
Numero de Documento			ARL
Jenny	Lizeth	Vidales	Cuellar
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
05 Oct 1990	Bogota	Cra 10 Oeste #8-41	—
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Ecoopsos	Porvenir	$ 1526.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Auxiliar de enfermeria			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
Stevenultimate66@hotmail.com		3215818684.	
Correo Electrónico		Celular	
Jenny Vidales		Safesa	
Firma del Afiliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C. 52884299 Bta	

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119192004

WEB
17:26:10

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1016039201:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 15:38:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1016039201
Código de Verificación	1016039201181213153809

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2610285

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 15:41 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 LIZETH VIDALES CUELLAR**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DIECISEIS MILLONES TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS UN** de BOGOTÁ, D.C.

1016039201

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_CX8GB_4115
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 18:13:40 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1016039201**
Apellidos y Nombres: **VIDALES CUELLAR JENNY LIZETH**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2018/01/09
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR
con Cédula de Ciudadanía número 1016039201
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	008400777200
Fecha Apertura	2017/11/10

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA
CALLE VEINTE DE JULIO
OFICINA

Asociación Hogar de la Caridad
"Ashocar"

Personería Jurídica No. 264 del 11 de Mayo de 1992 - N.I.T. 800.162.669-3

"Cada uno dé lo que en conciencia se ha propuesto, no a disgusto ni a la fuerza, que Dios ama al que goza dando." (2Cor.9:7)

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE LA ASOCIACION CASA DE ANCIANOS

"ASHOCAR"

CERTIFICA

Que la señora **JENNY LIZETH VIDALES CUELLAR.** Identificada con cedula de ciudadanía Nº 1016039201 de Bogotá. Trabaja en esta Institución desde el 01 de Septiembre de 2016, hasta la fecha, con el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** de la Asociación con contrato de prestación de Servicio y con una asignación mensual de Un Millón de pesos M/cte. ($1000.000).

Esta se expide a solicitud de la Interesada al primer (01) día del mes de Noviembre de dos mil dieciséis 2016.

Cordialmente,

MIRIAM CASTAÑO R.
Subdirector Ashocar

ASHOCAR

Calle 71 No. 57B-42, Tels.: 604 0937 - 547 4461, Cel.: 311 209 0745, B/ San Fernando, Bogotá, D.C.