Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ORTIZ	CARVAJAL	CLEYRE JOANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.130611.637

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 26 MES 09 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO VALLE

MUNICIPIO BUENAVENTURA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 83 #45-35

PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE

MUNICIPIO CALI

TELÉFONO 3174167673 EMAIL Kaylinsofia2233@hotmail.com

2 - FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO

FECHA DE GRADO 05-Julio-2023

MES [ ] AÑO [ ]

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3- EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Luis Ablanque de la Plata	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2453923	DÍA 09 MES 09 AÑO 2016	DÍA 30 MES 01 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar en Facturación	Facturación	Barrio el Jorge

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INCIVA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	CALI	direccion@inciva.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(602) 5146848	DÍA 13 MES 08 AÑO 2021	DÍA 30 MES 09 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		Calle 6 # 24-80

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INCIVA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	CALI	direccion@inciva.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(602) 5146848	DÍA 11 MES 11 AÑO 2021	DÍA 17 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		Calle 6 # 24-80

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INCIVA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	CALI	direccion@inciva.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(602) 5146848	DÍA 17 MES 01 AÑO 2022	DÍA 30 MES 06 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
		Calle 6 #24-80

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

CS Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 - EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INCIVA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	CALI	direccion@inciva.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(602) 5146848	DÍA 01 MES 07 AÑO 2023	DÍA 30 MES 10 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		Calle 6 #24-80

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INCIVA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	CALI	direccion@inciva.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(602) 5146848	DÍA 15 MES 12 AÑO 2023	DÍA 30 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		Calle 6 #24-80

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4- TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	

5- FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 9-Abril-2024

Cleyre Joana Ortiz Carvajal

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

CS Escaneado con CamScanner

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, CLEYRE JOANA ORTIZ CARVAJAL

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.130.611.631 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: CALI.

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	CALI
Dirección	CARRERA 83 # 45-35			Teléfonos	3174167673

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JORGE ALFREDO ORTIZ GUTIERREZ		PADRE
MARIA STELLA CARVAJAL QUIÑONEZ	31.382.890	MADRE
HANNA VALERIA SALCEDO ORITZ	1.111.797.283	HIJA
KIARA SOFIA SALCEDO ORTIZ	1.111.807.460	HIJA
.		

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 MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	- 0 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ - 0 -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	186620241		$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

CS Escaneado con CamScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

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 X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

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

Cleyre Joana Ortiz Carvajal
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CALI 09-04-2024
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

CS Escaneado con CamScanner

INCIVA	DECLARACION DE NO TENER INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR	FO-PAR-28	VERSION: 01	
			FECHA: 09 noviembre 2020	Página 1 de 2

NOMBRE COMPLETO	CLEYRE JOANA ORTIZ CARVAJAL
CEDULA DE CIUDADANÍA	1.130.611.631
CARGO O CONTRATO QUE SE CELEBRA	CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Mediante la firma de este documento declaro que no tengo ninguna de las siguientes inhabilidades y/o incompatibilidades. En el caso que usted no declarará de manera inmediata se dará por terminado el contrato:

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Certifico que:

No he celebrado contratos de Unión Temporal o Consorcios con INCIVA
No he celebrado contratos que dieran lugar a la declaratoria de caducidad en INCIVA
No he sido condenado judicialmente con destitución o a la pena de interdicción
No tengo cónyuge de algún servidor público que ejerza dirección en INCIVA
No soy hijo servidor público en INCIVA
No soy cónyuge o compañero permanente ni me encuentro dentro del segundo grado de consanguinidad o segundo de afinidad con cualquier otra persona que formalmente haya presentado propuesta para una misma licitación o concurso en INCIVA
No soy socio de sociedades de personas a las que se les haya declarado caducidad (así se vinculen posterior a la declaración) de contrato con INCIVA
No he sido condenado por peculado, concusión, cohecho, prevaricato o soborno trasnacional (aplicable para sociedades donde sean socios los condenados por estos salvo sociedades anónimas abiertas)
No he sido miembro de junta o consejo directivo o servidor público de la entidad contratante
No tengo parentesco hasta segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con servidores públicos de nivel directivo, asesor, ejecutivo o miembros de junta o consejo directivo o con quienes tengan funciones de control interno o fiscal de la entidad con INCIVA
No tengo cónyuge o compañero (a) permanente de servidor público en los mismos cargos.
No pertenezco a corporaciones, asociaciones, fundaciones o sociedades anónimas que no sean abiertas, ni las limitadas y de personas en las que el servidor público en nivel directivo, asesor o ejecutivo, miembro de junta o consejo; o cónyuge, compañero (a) permanente o parientes hasta 2 grado de consanguinidad, afinidad, civil que tenga participación o desempeñe cargos de dirección o manejo en INCIVA.
No tengo familiares que sean Miembros de junta o consejo directivo para con la entidad donde trabajan o donde la entidad esté adscrita o vinculada

CS Escaneado con CamScanner

INCIVA	DECLARACION DE NO TENER INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR	FO-PAR-28	VERSION: 01	
			FECHA: 09 noviembre 2020	Página 2 de 2

Nota aclaratoria :

Se entenderá para efectos de parentesco los siguientes: consanguíneo primer grado (padres o hijos); segundo grado de consanguinidad (abuelos, nietos o hermanos); tercer grado de consanguinidad (bisabuelos, bisnietos, tíos o sobrinos); cuarto grado de consanguinidad (primos).

Parentesco por afinidad: primer grado de afinidad (padres o hijos de su cónyuge o compañero (a) permanente); segundo grado de afinidad (hermanos o abuelos de su cónyuge o compañero (a) permanente); tercer grado de afinidad (tíos o sobrinos de su cónyuge o compañero (a) permanente); cuarto grado de afinidad (primos de su cónyuge o compañero (a) permanente).

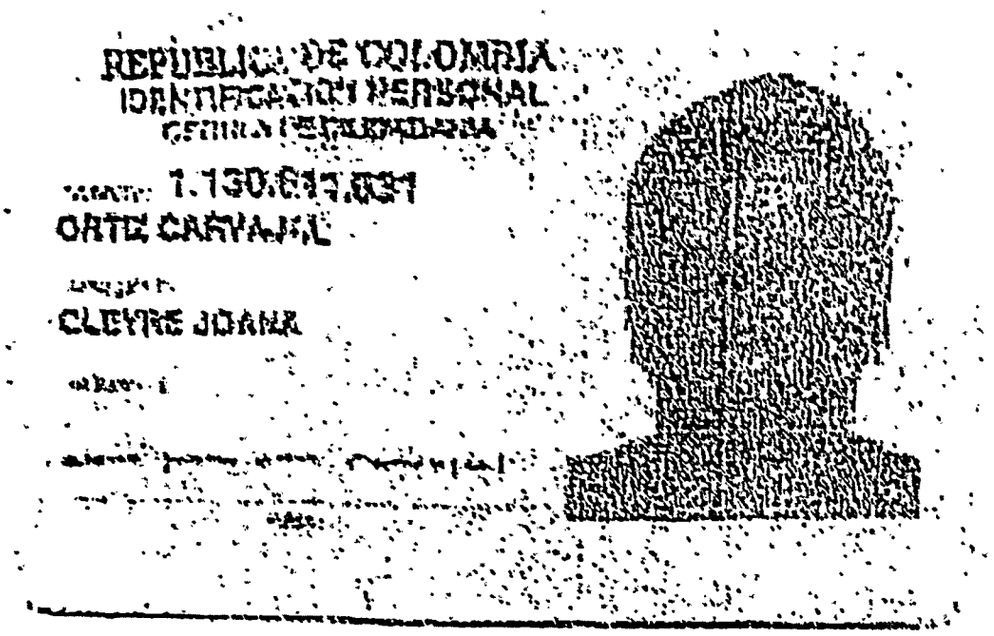
*Lo anterior acorde a lo contemplado en el artículo 8 de la Ley 80/1993; artículo 14 del decreto 2326/1996; artículo 18 de la Ley 1150/2007; artículo 75 del Decreto Extraordinario 1950 /1973; artículo 4 del Decreto 1042 de 1978; Ley 37 de 1993; artículo 1 de la Ley 44/1993; artículo 49 y 146 del Decreto 1421 de 1993; artículo 70 de la Ley 136/1994; artículo 4 del Decreto 679 de 1994; artículo 4 del Decreto 856 de 1994; artículo 14 del Decreto 1824 de 1994; artículo 90 de la Ley 418/1997; artículo 70 de la Ley 617/2000; artículo 10 de la Ley 643/2001; artículo 4 de la Ley 716/2001; art. 273 Decreto 1333 de 1986; artículo 54 de la Ley 734/2002 y el Artículo 128 de la Constitución Política que expresa: "Nadie podrá desempeñar simultáneamente más de un empleo público ni recibir más de una asignación que provenga del tesoro público, o de empresas o de instituciones en las que tenga parte mayoritaria el Estado, salvo los casos expresamente determinados por la ley. Entiéndase por tesoro público el de la Nación, el de las entidades territoriales y el de las descentralizadas". Es por tanto que declaró que no me encuentro en ninguno de los supuestos en los que vulneraría estos artículos y lo manifiesto bajo la gravedad de juramento

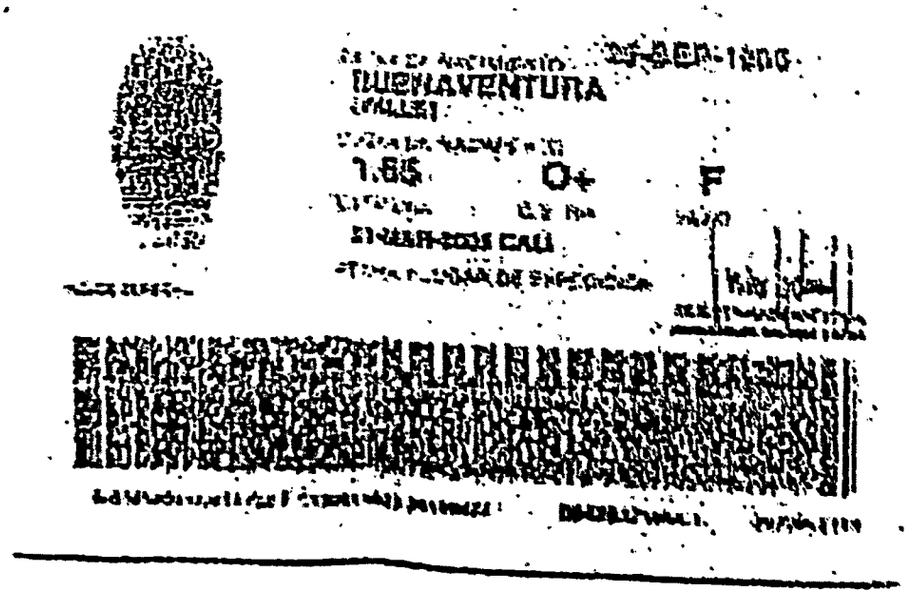
FIRMA DECLARACIÓN:

Cleyre Joana Ortiz Carvajal

Cédula de Ciudadanía No. : 1.130.611.637

CS Escaneado con CamScanner





CS Escaneado con CamScanner

DIAN
Por una Colombia más moderna

Formulario del Registro Único Tributario

001

2 Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14524120619

5 Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 3 0 6 1 1 6 3 | 1 | 2 — 6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Buenaventura — 13. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 3 0 6 1 1 6 3 1	2 0 0 5 0 3 3 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	CARVAJAL	CLEYRE	JOANA

35. Razón social

36. Nombre comercial — 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Buenaventura 1 0 9

41. Dirección principal: DG 3 A 14 43 BRR EL FIRME CL CANTURRANA

42. Correo electrónico: estellacarvajal@gmail.com

43. Código postal — 44. Teléfono 1: 3 1 2 8 3 3 3 3 0 7 — 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 1 6 0 8 3 1	8 2 9 9	3 0 0 6 0 5 1 0				

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: 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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: 2019-05-22

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

964. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
965. Cargo

Fecha generación documento PDF: 26-05-2023 03:47:15PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

DUPLICADO

INSTITUTO CENTRAL DE COMERCIO Y BACHILLERATO

ACTA DE GRADO

Inscripción S.E. 1B022026
Código Dane N° 376001021359

En la ciudad de Santiago de Cali, a los cinco (05) días del mes de julio del año 2003, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, la suscrita Rectora y la Secretaria General en la Rectoría del INSTITUTO CENTRAL DE COMERCIO Y BACHILLERATO Institución aprobada hasta el Grado Undécimo en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental, para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad de ACADÉMICO, según Resolución de Reconocimiento Oficial No. 2126 del 22 de junio de 2000 por la Secretaría de Educación del Valle del Cauca.

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

Cleyre Joana Ortiz Carvajal
T.I. 860926-86672 de Buenaventura

Es fiel copia del Acta Original de Grado No. 022 de fecha cinco (05) de julio de 2003, que consta de cuarenta y dos (42) alumnos, que comienza con el nombre de ÁLVARO HERNÁN ÁLVAREZ RAMÍREZ y se cierra con el nombre de CAROLINA ZULUAGA RAMÍREZ.

Anotado en el libro de registro de diplomas del INSTITUTO CENTRAL DE COMERCIO Y BACHILLERATO, Tomo 04, Folio 008 de 2003.

Expedida en Santiago de Cali, a los cinco (05) días del mes de julio del año 2003, se firma por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Art. 7 del Dcto. 180 de 1981.

Firmada y Sellada por

MARTHA CECILIA HERRERA H.
C.C. No. 31.276.614 de Cali
Rectora

CLARA INÉS BARCO LÓPEZ
C.C. No. 31.962.189 de Cali
Secretaria General

Escaneado con CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 09 de abril de 2024, a las 11:22:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	113061631
Código de Verificación	1130616312404091122l0

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

CS Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 244806914

PIB
11:12:37
Hoja 1 de 01

Bogotá DC. 09 de abril del 2024

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) CLEYRE JOANA ORTIZ CARVAJAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1130611631.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 Anterior, de acuerdo a los incisos 3o y 4o del artículo 238 Ley 1952 de 2019

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

Escaneado con CamScanner

POLICIA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:45:55 PM horas del 08/04/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1130611631**
Apellidos y Nombres: **ORTIZ CARVAJAL CLEYRE JOANA**

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.

Dirección Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano 6159700 ext. 30567 (Bogotá)
Resto del país 018000 910 112
E-mail dijin.grate@policia.gov.co

Presidencia Ministerio de Portal Único GOV.CO

Escaneado con CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/04/2024 05:49:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1130611631** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **89252370** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Escaneado con CamScanner

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 17:12:17 horas del 08/04/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1130611631,** Apellidos y Nombres **ORTIZ CARVAJAL CLEYRE JOANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Inciva**, con NIT **800086201-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

CS Escaneado con CamScanner

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1130611631 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 09/04/2024 12:36 PM

Código Verificación: **ZGKDSWA8FL**

Valida hasta: **08/07/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CS Escaneado con CamScanner

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ASLO SALUD MEDICINA LABORAL S.A.S.
Nit 901046423-9
Dirección: Calle 5 B 3 # 36 - 45 Cali, Colombia Cel 318
Fecha Examen : 09/04/2024 HORA : 16:13
Tipo de Examen : INGRESO



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	CLEYRE JOANA ORTIZ CARVAJAL			PROFESION	NO DEFINIDA
DOCUMENTO	CC - 1130611631			DIRECCION	CRA 83 # 45-35
LUGAR DE NACIMIENTO	BUENAVENTURA			TELEFONO	3174167673
F.NACIMIENTO	26/09/1986	SEXO	FEMENINO	MUNICIPIO	CALI (SANTIAGO DE CALI) (VALLE)
EDAD	37 Años - 6 Meses - 11 Dias	RH: O+		E.P.S.	S.O.S SA.
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			A.F.P.	PORVENIR
ESCOLARIDAD	MEDIA	N. HIJOS :	2	A.R.L.	POSITIVA
CARGO A DESEMPEÑAR	CONTRATISTA				
Fecha de Ingreso	09/04/2024	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Empresa	INDEPENDIENTE

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA

IMPRESION DIAGNOSTICA

Z100 – EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO DE EVALUACIÓN MEDICA

ELIGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. He recibido todas las recomendaciones y / o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007



JOSUE LUIS ASPRILLA LOZANO
Registro Médico : 8243 Licencia S.O. 1062

Cleyre Joana Ortiz Carvajal
CLEYRE JOANA ORTIZ CARVAJAL
CC - 1130611631

SOS
Servicio Occidental de Salud

República de Colombia
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
FORMULARIO ÚNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicación	Fecha de Radicación
2113255	12/04/2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Novedad [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código a registrar por la EPS:

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Ortiz | Carvajal | Cleyte | Joana

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 1136611631

9. Sexo: F [X] M [ ]

10. Fecha de nacimiento: 26/09/1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

13. Puntaje SISBEN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL: SURA

16. Administradora de Pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización -IBC: $1'300.000

18. Residencia: Cra 14-43 | 3174167673

B/tura | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | B/tura | B/tura

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres:

20. Tipo de documento:

21. Número de documento de identidad:

22. Sexo: F [ ] M [ ]

23. Fecha de nacimiento:

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

	24. Apellidos y nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1			F [ ] M [ ]	
B2			F [ ] M [ ]	
B3			F [ ] M [ ]	
B4			F [ ] M [ ]	
B5			F [ ] M [ ]	

Datos complementarios

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

	32. Dirección de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicio
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS
C.	NUEVA EPS Bucaramanga	90613
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de p

Ubicación

D. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

Aux 2022

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
50 Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de identidad	Sexo F M	Fecha de nacimiento D D M M A A A A
1. Fecha D D M M A A A A	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [x] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [x] 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

FIRMAS

54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
Diana Joana Ortiz Carvajal	

ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad: Total:
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación, sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la superintendencia nacional de salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A

Fecha de Validación D D M M A A A A

Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad		71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

1 2

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800 224 808-8

CERTIFICA QUE:

CLEYRE JOANA ORTIZ CARVAJAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.130.611.631,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 9 de Abril del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Santiago de Cali, (09/abril/2024)

SEÑORES

INCIVA

Por medio de la presente informo que me voy afiliar a la siguiente ARL:

ARL POSITIVA SI X **OTRA ARL CUAL:** _____
NO ____

NOTA: SOLO SI SE AFILIA A UNA ARL DIFERENTE A POSITIVA, ENTONCES DILIGENCIAR LO SIGUIENTE:

Me comprometo y es mi responsabilidad una vez firme el **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON EL INCIVA,** radicarlo ante la respectiva ARL **(DIFERENTE A POSITIVA)** _____, en el nivel de riesgos # 3 (2,436%), y entregar el certificado de afiliación al área jurídica del INCIVA, junto con el informe de supervisión, así mismo reportarlo y cancelar en la planilla de liquidación junto con la EPS y PENSION.

Cordialmente,

Firma Cleyre Joana Ortiz Carvajal

Nombres y apellidos CLEYRE JOANA ORTIZ CARVAJAL

Cedula No 1.130.611.631

Celular 3174167673

CS Escaneado con CamScanner

Banco de Bogotá

N.it.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CLEYRE JOANA ORTIZ CARVAJAL, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.130.611.631 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 186620241, abierta/o desde el 12/9/2016.

Se expide en Bogotá el día 9 del mes de Abril del año 2024 con destino a: INCIVA

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

SEÑORES

INCIVA -

ASUNTO: Autorización de notificación electrónica

Por medio del presente documento informo mi deseo y autorización de ser notificado de manera electrónica en lo relacionado a circunstancias, inconvenientes o controversias provenientes de mi proceso **precontractual, contractual, poscontractual** y todas las **obligaciones suscritas** con la entidad estatal a través de la figura del contrato de prestación de servicios, esto con el fin de la resolución de las mismas.

Esto en concordancia con la Ley 2213 del 2022, y Ley 1437 del 2011, en la cual, dentro de su artículo 56 precisa la necesidad de **aceptación** de la persona para recibir notificaciones de forma electrónica para surgir los efectos que requiera cada caso de acuerdo a su fin.

Correo electrónico para notificaciones: ...kaylinsofia2233@hotmail.com

(NOTA): En caso de cambio del correo electrónico, el proveedor deberá reportar a la entidad estatal su nueva dirección de correo electrónico mediante carta dirigida al INCIVA.

Para constancia de lo anterior se firma el día (09) de (abril) del 2024.

Atentamente,

Firma: Cleyre Joana Ortiz Carvajal

Nombres y apellidos: CLEYRE JOANA ORTIZ CARVAJAL

Domicilio: CARRERA 83 # 45-35

Cedula No: 1.130.611.631

Teléfono: 3174167673

CS Escaneado con CamScanner

SEÑORES

INCIVA

ASUNTO: Autorización para expedición y consulta de certificados. Por medio del presente documento informo mi deseo y autorización para que se expida de manera virtual el certificado del **REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS REDAM Y LA CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS LEY 1918 DE 2018**, esto con el fin de dejar constancia de los mismos en el expediente del proceso contractual. Para constancia de lo anterior se firma el día _09_ de _abril__ del 2024.

Atentamente,

NOMBRE: CLEYRE JOANA ORTIZ CARVAJAL
CEDULA: 1.130.611.631
CELULAR: 3174167673

FIRMA: Cleyre Joana Ortiz Carvajal

ineado con CamScanner

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancoomeva

Certificamos que CLEYRE JOANA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1130611631, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) CLEYRE ORTIZ con documento CC 1130611631, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4532268951	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	DICIEMBRE/2023	Periodo Cotización Salud	DICIEMBRE/2023
Fecha Pago	2023/12/20	Número de Autorización	9997114563

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días		30 Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	
SALUD		Administradora	EPS018 - S.O.S. E.P.S
Días		30 Tarifa	12,500 %
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días		30 Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancoomeva

Certificamos que CLEYRE JOANA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1130611631, realizó el pago de aportes a la seguridad socia del Señor (a) CLEYRE ORTIZ con documento CC 1130611631, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4532268951	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	DICIEMBRE/2023	Periodo Cotización Salud	DICIEMBRE/2023
Fecha Pago	2023/12/20	Número de Autorización	9997114553

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENI
Días		30 Tarifa	16,000
Indicador tarifa especial		Normal	
SALUD		Administradora	EPS018 - S.O.S. E.P
Días		30 Tarifa	12,500
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SUR
Días		30 Tarifa	0,522
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO