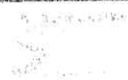


|                                                                                   |                                                                                            |                           |                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD                                                           | VERSION 2                 | Código: FR-RH-71     |  |
|                                                                                   | DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA VINCULACIÓN PERSONAL DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS | FECHA VIGENCIA 2023.01.04 | DOCUMENTO CONTROLADO |                                                                                     |

NOMBRE: Jergeline Julisa Chavarro Jimenez

CARGO: As. Enfermera

| N° | DOCUMENTOS                                                                                                                                                                       | CUMPLE                      |    |    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----|----|
|    |                                                                                                                                                                                  | NA                          | SI | NO |
| 1  | Formato Hoja de Vida SIGG II Y SECC II                                                                                                                                           |                             | ✓  |    |
| 2  | Declaración Juramentada de Bienes Y Rentas.                                                                                                                                      |                             | ✓  |    |
| 3  | Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía Ampliada 100%                                                                                                                               |                             | ✓  |    |
| 4  | Foto Reciente.                                                                                                                                                                   |                             | ✓  |    |
| 5  | Antecedentes Disciplinarios y Fiscales Vigentes en Original y Actualizado (Contraloría y Procuraduría).                                                                          |                             | ✓  |    |
| 6  | Antecedentes Judiciales (Policía)                                                                                                                                                |                             | ✓  |    |
| 7  | Certificado de medidas correctivas                                                                                                                                               |                             | ✓  |    |
| 8  | Certificado antecedentes de delitos sexuales                                                                                                                                     |                             | ✓  |    |
| 9  | Registro de la Dian "RUT", Actualizado                                                                                                                                           |                             | ✓  |    |
| 10 | Situación Militar Definida                                                                                                                                                       | —                           |    |    |
| 11 | Certificación de Cuenta Bancaria.                                                                                                                                                |                             | ✓  |    |
| 12 | Certificado Medico de Salud Ocupacional No Mayor A Dos (2) Años. Al personal asistencial un (1) año.<br>Las certificaciones de los cursos deben tener vigencia no mayor a 2 años |                             | ✓  |    |
| 13 | Inscripción al RETHUS (SI Aplica).                                                                                                                                               |                             | ✓  |    |
| 14 | Atención Integral en Víctimas De Violencia Sexual. (Solo para Psicólogos)                                                                                                        |                             | ✓  |    |
| 15 | PREGRADO                                                                                                                                                                         | FOTOCOPIA DEL DIPLOMA       |    |    |
| 16 |                                                                                                                                                                                  | FOTOCOPIA DEL ACTA DE GRADO |    |    |
| 17 | Tarjeta Profesional (Solo para profesionales)                                                                                                                                    | —                           |    |    |
| 18 | Antecedentes profesionales del cuerpo colegiado (Solo para profesionales)                                                                                                        | —                           |    |    |
| 19 | Certificado de Afiliación: (Salu, Prolife, Cosantia, Afi).                                                                                                                       |                             | ✓  |    |
| 20 | Carpeta Cuatro Aletas Desacidificada Color Blanco Con Gancho Plastico                                                                                                            |                             | ✓  |    |
| 21 | Certificado REDAM "deudores alimentarios morosos"                                                                                                                                |                             | ✓  |    |
| 22 | Plantilla de búsqueda de sanciones OFAC "https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/"                                                                                                |                             | ✓  |    |
| 23 | Formato Vinculación y/o actualización de contrapartes persona natural SARLAFT/FPAOM y declaración de conflictos de interés                                                       |                             | ✓  |    |
| 24 | Certificado de compromiso de protección de la información                                                                                                                        |                             | ✓  |    |

La E.S.E Departamental Solución Salud realizará el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, entre otros) de los datos personales de acuerdo con lo establecido por la Ley y los mandatos judiciales o administrativos, para la vinculación, desempeño de funciones o prestación de servicios, retiro o terminación, independientemente del tipo de relación jurídica entablada, así como por lo dispuesto en las autorizaciones cuando corresponda para cumplir en especial las actividades propias de su función (incluye, entre otros, funcionarios, exfuncionarios, jubilados, practicantes, aspirantes o cargos e hijos de los funcionarios).

En cumplimiento del DECRETO 1377 DE 2013, autorizo a la E.S.E Departamental "Solución Salud" del Meta, para que verifique la autenticidad y la veracidad de los documentos arriba mencionados y otros relacionada con mi profesión que la empresa crea pertinente.

FIRMA QUIEN RECIBE:

Galvin Auro

FECHA:

21/04/2023

Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, la versión vigente reposara en el aplicativo del SGC



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<br>CHAVARRO                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>JIMENEZ                          | NOMBRES<br>JERALDINE YULISA                                                                                                                                                    |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1.120.006.541 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                         |
| PAÍS<br>COLOMBIA                                                                                                                            |                                                                    |                                                                                                                                                                                |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                                  |                                                                    |                                                                                                                                                                                |
| NÚMERO _____ D.M. _____                                                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                                                                                |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA 21 MES 12 AÑO 1996<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO META<br>MUNICIPIO VILLAVICENCIO                       |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CRA 48 N° 48ª 11 - BRR CAMPIÑA<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO META<br>MUNICIPIO VILLAVICENCIO<br>TELÉFONO 3123626065 EMAIL jimenezjeraldine7@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

### EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

| EDUCACIÓN BÁSICA |     |     |     |     |            |     |     |     |    |       | TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER TECNICO |          |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|----|-------|------------------------------------|----------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     |    | MEDIA | FECHA DE GRADO                     |          |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o.        | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X     | MES 12                             | AÑO 2013 |

### EDUCACIÓN 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<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      |  |  | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|----------|----|---------------------------------------------|-------------|------|--|--|-------------------------------|
|                        |                            | SI       | NO |                                             | MES         | AÑO  |  |  |                               |
| TC                     | 2                          | X        |    | TECNICO EN SISTEMAS                         | 12          | 2013 |  |  |                               |
| TC                     | 3                          | X        |    | TECNICO EN AUX. ADMINISTRATIVO              | 12          | 2013 |  |  |                               |
| TC                     | 3                          | X        |    | TECNICO EN AUX. DE ENFERMERIA               | 12          | 2013 |  |  |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |      |  |  |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |      |  |  |                               |

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

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

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 |
| AUXILIAR OPERATIVO      |                       | 6     |
| RECEPCIONISTA           | 1                     | 2     |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO |                       | 6     |
|                         |                       |       |

**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).

Jeraldin Chavarro Jimenez 10/Abril/2025  
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





FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Periodo 01/01/2022 - 31/12/2025

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JERALDINE YULISA CHAVARRO JIMENEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.120.006.541 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento META Municipio SAN JUANITO

Dirección CALLE 5 #2 CENTRO Teléfonos 3123626065

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS           | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|-------------------------------|------------------------|------------|
| MARIA FERNANDA MUÑOZ CHAVARRO | 1.120.006.430          | HIJA       |
| MELANY SOFIA MUÑOZ CHAVARRO   | 1.120.006.530          | HIJA       |
| AYLEEN LUCIANA MUÑOZ CHAVARRO | 1.120.006.779          | 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 TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, 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 | 1.600.000           |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | -                   |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | -                   |
| ARRIENDOS                           |                     |
| HONORARIOS                          | -                   |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | -                   |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>\$ 1.600.000</b> |

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 |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| BANCOLOMBIA        | AHORRO         | 5766965093          | VILLAVICENCIO     | \$ 5.000           |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR      |
|-------------------|----------|------------|
| ARISTIDES JIMENEZ | ARRIENDO | \$ 400 000 |
|                   |          |            |
|                   |          |            |
|                   |          |            |
|                   |          |            |

**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 | N° |
|---------------------------------|-----------------------------|----|
|                                 | C.C. C.E. T.I.              |    |

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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

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

**3. FIRMA**

Sergio del Chavarro Jimenez  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SAN JUANITO META 31/03/2025  
CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.120.006.541  
CHAVARRO JIMENEZ

APELLIDOS  
JERALDINE YULISA

NOMBRES

*Jeraldine Chavarro Jimenez*

FIRMA



RECELE GENECIO

FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1996

VILLAVICENCIO  
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59  
ESTATURA

A+  
G.R. RH

F  
SEXO

27-ENE-2015 SAN JUANITO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*[Signature]*  
REGISTRAR GENERAL



A-S200100-01150151-F-1120006541-20101210

0069202501A 2

6735748902



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 jueves 03 de abril de 2025, a las 19:04:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1120006641             |
| Código de Verificación | 1120006641250403190431 |

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.

  
HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado

Generó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

Página 1 de 1



PROCURADURIA  
GENERAL DE LA NACION

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 267959213



PIB

19:42:29

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 03 de abril del 2025

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) JERALDINE YULISA CHAVARRO JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1120006541:

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 William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

**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.



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:13:46 PM horas del 03/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1120006541

Apellidos y Nombres: **CHAVARRO JIMENEZ JERALDINE YULISA**

**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:  
5159/00 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [djin.aralc-  
atc@policia.gov.co](mailto:djin.aralc-atc@policia.gov.co)



Presidencia



Ministerio de



Portal Único



GOV.CO



## 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, 03/04/2025 08:38:48 p. m. para el N° de Expediente o Comparendo: N°. 1120006541

### 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. **113787162** . 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 Búsqueda

Imprimir

515 9020



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



## 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 19:49:35 horas del 03/04/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1120006541,  
Apellidos y Nombres **CHAVARRO JIMENEZ JERALDINE YULISA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE DEPARTAMENTAL**, con NIT 822006595-5 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>

DIAN

## Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario

141036272526



(415)7707212489984(8020) 0000141036272526

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 1 2 0 0 0 6 5 4 1 7

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

2 2

## 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 2 0 0 0 6 5 4 1

2 0 1 5, 0 1, 2 7

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Meta

5 0

San Juanito

6 8 6

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

CHAVARRO

JIMENEZ

JERALDINE

YULISA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Meta

5 0

San Juanito

6 8 6

41. Dirección principal

CL 5 BRR CENTRO

42. Correo electrónico

jimenezjeraldin7@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 3 6 2 6 0 6 5

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

## Actividad secundaria

## Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 9 2

2 0 2 3, 1 2, 1 5

8 2 9 9

2 0 2 4, 0 4, 1 1

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

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

|           |          |          |   |   |   |
|-----------|----------|----------|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|           |          | 67. 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

X

NO

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

2024 - 04 - 30 / 14 : 35: 05

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 1.0.1.2.0 del Decreto 1025 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice,

Firma autorizada:

984. Nombre RAMOS MONTAÑEZ ELISEO MARTIN

985. Cargo Gestor II

# Certificación Bancaria

Jueves, 03 de abril de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JERALDINE YULISA CHAVARRO JIMENEZ identificado(a) con CC 1120006541, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto                   | No. Producto | Fecha Apertura<br>aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|----------------------------|--------------|------------------------------|--------|-------|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 05766965093  | 2024-04-30                   | ACTIVO | ..... |

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:  
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05  
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe,  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno,



Cruz Roja Colombiana

Seccional Meta

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

PROCESO: SALUD

CODIGO: FR-SLD-78

VERSION: 04(01/10/2021)

PAG: 1 de 1

Licencia Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo;  
Resolución Número 3929 del 2016 SDSM

27270

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Pre-Occupacional ☒ Periódico ☐ Egreso ☐ Otros ☐

FECHA:

28 MM 2024

Empresa:

CONTINUA ME Y/EU

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Juan Carlos Yubia Chavarro

1120006541

CARGO AL QUE ASPIRA O DESEMPEÑA

Aux. servicios de limpieza

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS APORTADAS

Registrar en la casilla correspondiente las siguientes siglas: N: Normal o A: Alterado, según los resultados presentados; ó NA de NO Aporta/No Aplica

|           |   |   |    |              |   |   |    |                 |   |   |    |                    |   |   |    |              |   |   |    |
|-----------|---|---|----|--------------|---|---|----|-----------------|---|---|----|--------------------|---|---|----|--------------|---|---|----|
| NINGUNA   | N | A | NA | UROANALISIS  | N | A | NA | PERFIL LIPIDICO | N | A | NA | FROTIS DE GARGANTA | N | A | NA | AUDIOMETRÍA  | N | A | NA |
| SEROLOGIA | N | A | NA | HEMOGRAMA    | N | A | NA | CREATININA      | N | A | NA | PRUEBAS HEPATICAS  | N | A | NA | VISIOMETRÍA  | N | A | NA |
| GLICEMIA  | N | A | NA | BACILOSCOPIA | N | A | NA | KOH Uñas        | N | A | NA | EKG                | N | A | NA | ESPIROMETRÍA | N | A | NA |
| RH        | N | A | NA |              | N | A | NA |                 | N | A | NA |                    | N | A | NA |              | N | A | NA |

CONDUCTAS Y RECOMENDACIONES

| Estilo de Vida Saludable                                                  | Conducta Ocupacional                               | Conducta Medica                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Iniciar actividad Física y Recreativa <input checked="" type="checkbox"/> | Inducción <input checked="" type="checkbox"/>      | Remisión a EPS <input checked="" type="checkbox"/>                 |
| Desestimulación de consumo de Alcohol <input type="checkbox"/>            | Capacitación <input checked="" type="checkbox"/>   | Remisión a ARL <input type="checkbox"/>                            |
| Desestimulación del Tabaquismo <input type="checkbox"/>                   | Pausas Activas <input checked="" type="checkbox"/> | Continuar Tratamiento Patología Existente <input type="checkbox"/> |
| Desestimulación del Consumo de SPA <input type="checkbox"/>               | Uso de EPP <input checked="" type="checkbox"/>     | Otro. ¿Cuál? <input type="checkbox"/>                              |
| Cambios Dietarios <input checked="" type="checkbox"/>                     | Ingreso a PVE <input checked="" type="checkbox"/>  | Otro. ¿Cuál? <input type="checkbox"/>                              |

Programa de Vigilancia Epidemiológica Cardiovascular ☒ Biomecánica ☒ Visual ☐ Auditivo ☐ Psicología ☐ Biológico ☐ Otro ☐

Observaciones:

Valoración en Nutrición

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

| Examen Ocupacional                                    | Examen Periódico                                      | Examen de Egreso                          |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Sin Restricciones <input checked="" type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/>                       | Satisfactorio <input type="checkbox"/>    |
| Con Restricciones <input type="checkbox"/>            | Requiere Reubicación Laboral <input type="checkbox"/> | No satisfactorio <input type="checkbox"/> |
| Aplazado <input type="checkbox"/>                     | Enfermedad Laboral <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                  |

Sin Restricciones para realizar Trabajo en Alturas SI ☐ NO ☒ Apto para manipulación de alimentos SI ☐ NO ☒

Restricciones Medicas Ocupacionales:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

Registro Médico N°:

Juan Andres Montenegro

Lic. Salud Ocupacional N°:

Unidad de los Llanos  
R.M. 2010 Lic. S.O. 1653

X. Serdan Chavarro Simenz

"Bajo la gravedad de juramento afirmo que toda la informacion aqui consignada es correcta y no he ocultado nada sobre mi historial de salud"

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 \*

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación \*

1120006541

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

2904

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2025-04-08→11:18:14 AM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| CC                  | 1120006541          | JERALDINE     | YULISA         | CHAVARRO        | JIMENEZ          | Vigente               |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JERALDINE YULISA CHAVARRO JIMENEZ identificado(a) con CC 1120006541 registra La siguiente información:

2025-04-08→11:18:14 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación  | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora  |
|---------------|-------------------------|------------------------|------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| AUX           | Local                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 2024-05-15                               | 30708               | GOBERNACION DEL META |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio



Certifica que

**JERALDINE CHAVARRO JIMENEZ**

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.120.006.541 de SAN JUANITO

*Realizo el curso de :*

**ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Dictado el 03/01/2024 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO  
INSTRUCTOR



COD. CERTIFICADO 47148

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón  
institutosuperiordellano.com - tpicristobal@gmail.com





REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL META - VILLAVICENCIO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO  
CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META  
Y LA ORINOQUÍA  
"CORPOTECMETA"

Diploma No. 1592

Aprobado según Acuerdo Ejecutivo Nacional del Ministerio de Protección Social No. 039 del 5 de Diciembre de 2008 y según Resolución de Aprobación No. 133 del 2 de Marzo de 2009 de la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio y renovada mediante Resolución 1328 del día 03 del mes de Abril, del año 2014. Nueva Resolución No. 1022 del 30 de Junio de 2020 de la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio, Meta.

CONFIERE A:

*Jeraldine Yulisa Chavarro Jimenez*

CC. 1120.006.541 San Juanito

El presenta Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias. Técnico :

**AUXILIAR EN ENFERMERÍA**

Por haber culminado sus estudios y cumplido los requisitos académicos exigidos con una intensidad horario de 1200 horas según decreto 3616 del 10 de Octubre del 2005.

Anotado el Folio No. 1592 Libro de Registro No. 06 Acta No. 39

Dado en Villavicencio a los 15 días del mes de diciembre del año 2023

*[Firma]*

Rector



CORPOTECMETA

*[Firma]*

Secretaria



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL META - VILLAVICENCIO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO  
CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META Y LA ORINOQUÍA  
"CORPOTECMETA"

## ACTA DE GRADO No. 1592

En la ciudad de Villavicencio, a los 15 días del mes de diciembre de 2023, se realizó el Acto de Certificación, presidido por el Director JOHN CHARLES COBOS CASTELLANOS, en el cual la CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META Y LA ORINOQUÍA "CORPOTECMETA", Institución para el Trabajo y el Desarrollo Humano, aprobado según Acuerdo Ejecutivo Nacional del Ministerio de Protección Social No. 039 del 5 de Diciembre de 2008 y según Resolución de Aprobación No. 133 del 2 de Marzo de 2009 de la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio y renovada mediante Resolución 1328 del día 03 del mes de Abril del año 2014. Nueva Resolución No. 1022 del 30 de Junio de 2020 de la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio previo juramento, otorga el CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES COMO TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA, al estudiante:

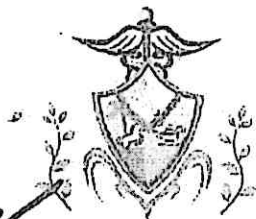
*Jeraldine Yulisa Chavarro Jimenez*

CC. 1.120.006.541 San Juanito

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 039 de fecha quince (15) de diciembre de 2023, correspondiente al Diploma N° 1592 y Folio Individual N° 1592 Libro N° 08.

Firmada por JOHN CHARLES COBOS CASTELLANOS (Director) y SANDRA PATRICIA SALCEDO APONTE (Secretaria).

Dada en Villavicencio Meta, a los 15 días del mes de diciembre de 2023.



*John Charles Cobos Castellanos*  
JOHN CHARLES COBOS CASTELLANOS  
CC. 3.048.655 Guachetá Cundinamarca  
Director

*Sandra Patricia Salcedo Aponte*

SANDRA PATRICIA SALCEDO APONTE  
CC. 35263559 Villavicencio  
Secretaria



DEPARTAMENTO DEL META

NIT. 892.000.148-8

## RESOLUCIÓN NÚMERO 30708

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

### EL SECRETARIO DE SALUD DEL META

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en la Ley 1164 de 2007

#### CONSIDERANDO:

Que JERALDINE YULISA CHAVARRO JIMENEZ con cédula de ciudadanía número 1.120.006.541 expedida en San Juanito, solicitó ante esta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Enfermería, según Certificado de Técnico Laboral expedido por la Corporación Tecnológica para el Meta y la Orinoquía CORPOTECMETA, el 15 de diciembre de 2023.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

Que, en virtud de lo expuesto, este despacho.

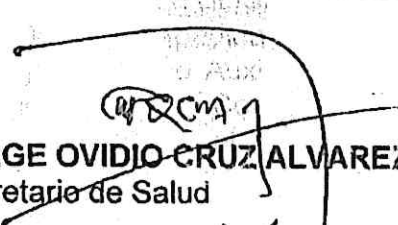
#### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.** Autorizar a JERALDINE YULISA CHAVARRO JIMENEZ con cédula de ciudadanía número 1.120.006.541 expedida en San Juanito, para ejercer como Auxiliar en Enfermería en el Territorio Nacional.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecidos en el Código Administrativo.

#### NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Villavicencio, mayo 15 de 2024

  
**JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ**  
Secretario de Salud

Revisó: Antonio Alejandro Tiuso Herrera  
Gerente de Calidad, Inspección y Vigilancia de los Servicios

Elaboró: Martha Lucía Moreno Baracaldo – Auxiliar Administrativo 





Folio No. 004

## ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 60

En la ciudad de Villavicencio el día 13 de diciembre de 2019, se reunieron el Director y la Jefe de Registro y Control de COMPUSIS COLOMBIA, autorizada mediante Resolución 2373 de 2007 y 856 de 2018 de la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio, para formalizar la certificación técnica laboral por competencias, de los estudiantes que terminaron su programa de formación.

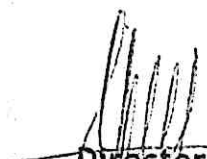
Que revisado el cumplimiento de todos los requisitos legales se otorga  
**Certificado De Técnico Laboral Por Competencias**

EN  
**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**  
A

**CHAVARRO JIMENEZ JERALDINE**  
**YULISA**

C.C. No. C.C 1120006541- SAN JUANITO

Se sustenta con el Acta General de Grados N° C013122019 de 13 de diciembre de 2019. Promoción que consta de 212 estudiantes certificados en diferentes programas Técnicos Laborales por competencias, registrados en el Libro de Certificados N° 001 Folio N° 004. En Constancia se firma y sella por los integrantes de la Administración COMPUSIS COLOMBIA.

  
**Director**  
Norma Patricia Rojas Reyes

  
**Jefe de Registro y Control**  
German Fuentes Rodríguez

# COMPUSIS DE COLOMBIA

Autorizada por Resolución 1500-56.03-556 del 13 de marzo de 2010 y 2373 de 16 de agosto de 2007 de la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio

Confiere a:

**CHAVARRO JIMENEZ JERALDINE  
YULISA**

C.C 1120006541-SAN JUANITO

Alcanzó satisfactoriamente las competencias establecidas en el programa de formación laboral, le concede el Certificado de Aptitud Ocupacional como .

**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN**

**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

Por cuanto curso y aprobó satisfactoriamente el contenido temático y práctico del correspondiente programa académico, cumpliendo un total de 900 horas. Cumplió todos los requisitos exigidos por la institución que reposan en el PEI y demás normas legales vigentes.

  
Director  
Norma Patricia Rojas Reyes

  
Director Académico  
German Fuentes Rodriguez

Dado en Villavicencio a los 13 días del mes de diciembre de 2019

Certificado No. 60  
Libro de Actas No. 001  
Acta No. 60  
Folio No. 004



# Acta de Grado

## INSTITUTO DE EDUCACION INTEGRAL LIDER

En la ciudad de Villavicencio a los trece (13) días del mes Diciembre  
Del año Dos mil trece (2013) se reunieron los suscritos rector y secretaria en la rectoría del  
INSTITUTO DE EDUCACION INTEGRAL LIDER con reconocimiento oficial según resoluciones  
Números 0479 y 0480 del 7 de 1999 de la Secretaría de Educación del Meta, con el fin de formalizar  
la graduación de los estudiantes del último grado.

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

**JERALDINE YULISA CHAVARRO JIMENEZ** C.C. No. 1.120.006.541 SAN JUANITO

Quien además recibió una orientación laboral en:

**SISTEMAS**

Es fiel copia tomada del acta original general No. 054 De fecha trece (13)

de Diciembre de 2013 que consta de 35 graduandos que

comienza con el nombre de AGUIRRE GERANA HAMILTON ESNEIDER

y cierra con el nombre de VILLAGRAN RUIZ CRISTIAN LEONARDO

Firmado y sellado por:

**Lic. JORGE ENRIQUE RIVEROS PINTO**

Rector

**ELIZABETH MORA CARDENAS**

Secretaria

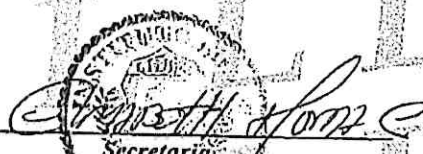
Dada en Villavicencio a los Trece días del mes de diciembre del año 2013

Firmado y sellado por



C.C. No.

79.269.575 de Bogotá



C.C. No.

1.121.819.994 de Villavicencio

Bogotá, Abril 4 de 2025

Señora:  
CHAVARRO JIMENEZ JERALDINE YULISA  
CC. 1120006541  
SINDIRECCIONSAT - 2999999  
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 4 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre                            | Documento  | Tipo | Afiliación | Sem cot | Sem Ant | Parentesco            | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|-----------------------------------|------------|------|------------|---------|---------|-----------------------|-------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| MUNOZ ALVARADO GEOVANNY FERNANDO  | 1120006358 | C    | Dic-4-2024 | 12      | 26      | CONYUGE               | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| MUNOZ CHAVARRO MARIA FERNANDA     | 1120006430 | T    | Dic-4-2024 | 12      | 26      | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| MUNOZ CHAVARRO MELANY SOFIA       | 1120006530 | T    | Dic-4-2024 | 12      | 26      | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| CHAVARRO JIMENEZ JERALDINE YULISA | 1120006541 | C    | Dic-4-2024 | 12      | 26      | COTIZANTE             | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| MUNOZ CHAVARRO AYLEEN LUCIANA     | 1120006779 | R    | Dic-4-2024 | 12      | 26      | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante        | Usuario en contrato | Tipo de contrato                                   | Estado de contrato |
|-----------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| Geraldine Yulisa Chavarro Jimenez | 1120006541          | Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m | VIGENTE            |

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,  
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.608-3

**CERTIFICA QUE:**

**JERALDINE YULISA CHAVARRO JIMENEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.120.006.541, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 3 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



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 1120006541 ~~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 03/04/2025 ~~06:46 PM~~



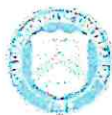
Código Verificación: 4TDWASJ6RL

Válida hasta: 02/07/2025

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC



**OFAC**  
Office of Foreign Assets Control

## Búsqueda en la lista de sanciones

Lista de Nacionales Especialmente Designados y Personas Bloqueadas ("Lista SDN") y todas las demás listas de sanciones administradas por la OFAC, incluida la Lista de Evasores de Sanciones Extranjeras, la Lista de la Ley de Sanciones contra Irán no SDN, la Lista de Identificaciones de Sanciones Sectoriales, la Lista de Instituciones Financieras Extranjeras Sujetas a Sanciones por Cuenta Corresponsal o Cuenta Pagadera a través y la Lista del Consejo Legislativo Palestino No SDN. Dado el número de listas que ahora residen en la herramienta de búsqueda de listas de sanciones, se recomienda encarecidamente que los usuarios presten mucha atención a los códigos de programa asociados con cada registro devuelto. Estos códigos de programa indican cómo se debe tratar una visita verdadera en un valor devuelto. La herramienta de búsqueda de la lista de sanciones utiliza la coincidencia aproximada de cadenas para identificar posibles coincidencias entre las cadenas de palabras o caracteres introducidas en la búsqueda de la lista de sanciones y cualquier nombre o componente de nombre tal como aparece en la lista SDN y/o en las otras listas de sanciones. La búsqueda en la lista de sanciones tiene una barra deslizante que se puede usar para establecer un umbral (es decir, una calificación de confianza) para la cercanía de cualquier coincidencia potencial devuelta como resultado de la búsqueda de un usuario. La búsqueda en la lista de sanciones detectará ciertas faltas de ortografía u otro texto ingresado incorrectamente, y devolverá coincidencias cercanas o próximas, en función de la calificación de confianza establecida por el usuario a través de la barra deslizante. La OFAC no proporciona recomendaciones con respecto a la idoneidad de ninguna calificación de confianza específica. La búsqueda en la lista de sanciones es una herramienta que se ofrece para ayudar a los usuarios a utilizar la lista SDN y/o las otras listas de sanciones; el uso de la búsqueda en la lista de sanciones no sustituye la realización de la debida diligencia adecuada. El uso de la búsqueda en la lista de sanciones no limita ninguna responsabilidad penal o civil por cualquier acto realizado como resultado de dicho uso o en función de él.

[Descargar la lista SDN](#)

[Búsqueda en la lista de sanciones: Reglas de uso](#)

[Visite el sitio web de la OFAC](#)

[Descargar la Lista Consolidada de No SDN](#)

[Clave de código de programa](#)

**Búsqueda**

Tipo: Todo

Nombre: JERALDINE YULISA CHAVARRO

ID # / Dirección de Moneda Digital: 1120006541

Programa:

561-Relacionado  
BALCANES  
BALCANES-EO14033

Puntuación mínima de nombres: 100

Dirección: CALLE 5 BARRIO CENTRO

Ciudad: SAN JUANITO

Estado/Provincia\*: META

País: Colombia

Lista: Todo

Buscar

Restablecimiento

**Resultados de la búsqueda: 0 encontrados**

| Nombre                                       | Dirección | Tipo | Programa(s) | Lista | Puntuación |
|----------------------------------------------|-----------|------|-------------|-------|------------|
| La búsqueda no ha devuelto ningún resultado. |           |      |             |       |            |

\* Los estados de EE. UU. se abrevian en las listas SDN y no SDN. Para buscar un estado específico de EE. UU., utilice la abreviatura de dos letras del Servicio Postal de EE. UU.

Lista SDN actualizada por última vez el: 02/04/2025 09:45:49  
Lista no SDN actualizada por última vez el: 28/03/2025 10:09:58 a. m.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"             |  | VERSIÓN 01                                         |  | Código: FR-RH-98                                                                     |                  |  |  |
| VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL SARLAFT/FPADM Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                         |  | VIGENCIA 2024/10/25                                |  | DOCUMENTO CONTROLADO                                                                 |                  |                                                                                    |  |
| DATOS DE SOLICITUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| FECHA DE SOLICITUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| TIPO DE SOLICITUD: (marcar con X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | VINCULACIÓN                                                                             |  | ACTUALIZACIÓN                                      |  | X                                                                                    |                  |                                                                                    |  |
| TIPO DE USUARIO: (marcar con X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CLIENTE                                                                                 |  | CONTRATISTA                                        |  | X                                                                                    |                  | PROVEEDOR                                                                          |  |
| DATOS BÁSICOS DE PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| NOMBRE COMPLETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  | PRIMER APELLIDO                                    |  |                                                                                      | SEGUNDO APELLIDO |                                                                                    |  |
| JERALDINE YULISA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                         |  | CHAVARRO                                           |  |                                                                                      | JIMENEZ          |                                                                                    |  |
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (marcar con X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| Cédula ciudadana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | X                                                                                       |  | Pasaporte                                          |  |                                                                                      |                  | Cédula Extranjera                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  | Otro ¿CUÁL?                                        |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| NÚMERO DE IDENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | FECHA DE EXPEDICIÓN                                                                     |  | LUGAR DE EXPEDICIÓN                                |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| 1.120.008.641                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 27                                                                                      |  | 2015                                               |  | SAN JUANITO                                                                          |                  |                                                                                    |  |
| FECHA DE NACIMIENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 21.12.1995                                                                              |  | LUGAR DE NACIMIENTO: (País, departamento y ciudad) |  | VILLAVICENCIO - META                                                                 |                  |                                                                                    |  |
| GÉNERO: (marcar con X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | F (Femenino)                                                                            |  | X                                                  |  | M (Masculino)                                                                        |                  |                                                                                    |  |
| OCUPACIÓN (marcar con X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| EMPLEADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | X                                                                                       |  | PENSIONADO                                         |  | EMPLEADO CON NEGOCIO                                                                 |                  |                                                                                    |  |
| INDEPENDIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                         |  | RENTISTA                                           |  | OTRO ¿CUÁL?                                                                          |                  |                                                                                    |  |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| BARRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | TELÉFONO RESIDENCIA                                                                     |  | CIUDAD                                             |  | DEPARTAMENTO                                                                         |                  | CORREO ELECTRÓNICO                                                                 |  |
| CENTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 3123626065                                                                              |  | SAN JUANITO                                        |  | META                                                                                 |                  | jimenezjeraldin7@gmail.com                                                         |  |
| NÚMERO DE CELULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 3123626065                                                                              |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| TIPO DE VIVIENDA (marcar con X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| PROPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                         |  | FAMILIAR                                           |  | ARRENDADA                                                                            |                  | X                                                                                  |  |
| PERSONAS A CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | MARIA FERNANDA MUÑOZ CHAVARRO-MELANY SOFIA MUÑOZ CHAVARRO-AYLEEN LUCIANA MUÑOZ CHAVARRO |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| VALOR ARRIENDO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | \$ 400.000                                                                              |  | GASTOS FAMILIARES:                                 |  | 1.200.000                                                                            |                  |                                                                                    |  |
| INFORMACIÓN LABORAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                         |  | DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)       |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCIÓN SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                         |  | FECHA DE INGRESO                                   |  | TIPO DE VINCULACIÓN                                                                  |                  |                                                                                    |  |
| CIUDAD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | VILLAVICENCIO                                                                           |  | dd/mm/aaaa                                         |  | FIJO                                                                                 |                  | INDEFINIDO                                                                         |  |
| DIRECCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | BARZAL                                                                                  |  | x                                                  |  | K                                                                                    |                  | XXXX                                                                               |  |
| TELÉFONO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                         |  | x                                                  |  | K                                                                                    |                  | XXXX                                                                               |  |
| SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | SI                                                                                      |  | NO                                                 |  | SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR ESPECIFICAR |                  |                                                                                    |  |
| Maneja recursos públicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| Ejerce algún grado de poder público                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| Goza de reconocimiento público                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| INFORMACIÓN FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| PRODUCTO FINANCIERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | NÚMERO                                                                                  |  | ENTIDAD                                            |  | SUCURSAL                                                                             |                  | AJUSTO                                                                             |  |
| CUENTA DE AHORROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 5766965093                                                                              |  | BANCOLOMBIA                                        |  | VILLAVICENCIO                                                                        |                  | XXXX                                                                               |  |
| OPERACIONES INTERNACIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  | INDIQUE CUALES:                                    |  |                                                                                      |                  | OTRAS                                                                              |  |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | NO                                                                                      |  | X                                                  |  | IMPORTACIONES                                                                        |                  | EXPORTACIONES                                                                      |  |
| PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| INVERSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | TRANSFERENCIAS                                                                          |  | OTRAS                                              |  | ¿CUALES OTRAS?                                                                       |                  |                                                                                    |  |
| TIPO DE PRODUCTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | NÚMERO DE PRODUCTO                                                                      |  | ENTIDAD                                            |  | MONTO                                                                                |                  | CIUDAD                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  | PAÍS                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  | MONEDA                                                                             |  |
| SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| EL SERVIDOR PÚBLICO _____ PROVEEDOR _____ CONTRATISTA _____ X, se obliga con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud" a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud" para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.                                                                                    |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente: Declaración de origen de fondos a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud", con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud". |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| Declaro expresamente que:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| 1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| 2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| 3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| 4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| Ongent:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| Comprendo y acepto que los bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como SERVIDOR PÚBLICO y/o CONTRATISTA, son de propiedad de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud", por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al cargo suscrito con la entidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud", para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud", que se encuentra publicada en la página web www.esemeta.gov.co, quedando obligada a respetarla y aplicarla en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |
| AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                         |  |                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                    |  |

Autonomía a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", a consultar y verificar mis datos en las centrales de información y/o bases de datos públicas, especialmente en las bases estadísticas para el control y prevención de Lavado de Activos y la Financiación de Terrorismo.

#### DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo obrando en nombre propio y en calidad de miembro directivo de la, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

- ☐ No he sido declarado responsable penalmente por delitos contra la administración pública, el orden económico social y contra el patrimonio económico y no he empleado, ni utilizado a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" en la comisión de estos delitos.
- ☐ No he sido sancionada con la declaración de caducidad de un contrato celebrado con una entidad pública, que haya implicado la utilización de la entidad.

Ni yo, ni ninguno de los miembros inmediatos de mi familia hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante), tenemos intereses privados que puedan entrar en conflicto con las obligaciones para con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud".

En el caso de que una o varias de las situaciones anteriormente mencionadas cambien, es mi deber personal, informar con oportunidad el hecho acontecido para así tomar las medidas pertinentes con base en los marcos normativos vigentes.

#### DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Declaro de forma libre y voluntaria mis conflictos de interés y me comprometo a realizar la actualización de esta información de acuerdo con lo requerido por el Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. En caso de encontrarme implicado o evidenciar un conflicto de interés, declaro que lo informaré de manera oportuna a la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud". Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, proporcione por favor la información solicitada.

¿En la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" laboran o prestan servicios de cualquier índole algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante)?

SI

NO

X

| Vínculo familiar/Parentesco | Nombre completo | No. de identificación | Cargo |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------|-------|
|                             |                 |                       |       |
|                             |                 |                       |       |
|                             |                 |                       |       |

¿Es dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado de empresas, sociedades, consorcios, negocios, establecimientos comerciales y/u organizaciones que tengan relación comercial con la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?

SI

NO

X

| NT | Razón social/ Nombre de la empresa | Tipo de vínculo (dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado) |
|----|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                    |                                                                                       |
|    |                                    |                                                                                       |
|    |                                    |                                                                                       |

¿Tiene algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante) que sea socio o accionista con más de treinta por ciento (30%) de participación en una empresa o que tenga el control de la misma y que a su vez dicha empresa sea cliente o proveedor de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?

SI

NO

X

| Vínculo familiar/Parentesco | Nombre completo | No. de identificación | Razón social/ Nombre de la empresa | % de participación |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------|
|                             |                 |                       |                                    |                    |
|                             |                 |                       |                                    |                    |
|                             |                 |                       |                                    |                    |

¿Ha otorgado directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes, directivos y funcionarios de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", o cualquier tercero, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que presta a la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?

SI

NO

X

Por favor amplíe la información:

¿Ha usado su posición como directivo de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", así como la reputación y logos de la entidad con el fin de obtener beneficios, para usted o terceros?

SI

NO

X

Por favor amplíe la información:

¿Ha revelado algún tipo de información privada, sensible o confidencial de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" a la que tenga acceso en el ejercicio de sus actividades, para beneficio personal, de algún familiar cercano o de un tercero? (Ley 1581/2012)?

SI

NO

X

Por favor amplíe la información:

#### FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado en el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz y procedo con la firma del documento

Jeraldin Chavorro J.

FIRMA



#### CAMPO EXCLUSIVO PARA VALIDACIÓN POR EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

| VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN |  |  |       | DILIGENCIAR EN CASO DE REQUERIR AMPLIAR INFORMACIÓN |  |
|--------------------------------|--|--|-------|-----------------------------------------------------|--|
| Fecha:                         |  |  | Nota: | OBSERVACIONES:                                      |  |
| Nombre:                        |  |  |       |                                                     |  |
| Cargo:                         |  |  |       |                                                     |  |
| Firma:                         |  |  |       |                                                     |  |

En caso de diligenciamiento electrónico:

Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.

HUELLA

DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS NATURAL: Se anexarán los documentos que se estipulan en el proceso correspondiente, de acuerdo con el tipo de relación o vínculo con la entidad.

#### ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCIÓN

Resultado de verificación de datos:

|  |        |       |
|--|--------|-------|
|  | FECHA: | HORA: |
|--|--------|-------|

## CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo JERALDINE YULISA CHAVARRO JIMENEZ identificado con la cédula No.1120006541 de SAN JUANITO me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como CONTRATISTA, son de propiedad de la ESE SOLUCIÓN SALUD, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web [www.esemeta.gov.co](http://www.esemeta.gov.co) , quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide el 03 de abril del 2025

Jeraldine Chavarro

NOMBRE: JERALDINE YULISA CHAVARRO JIMENEZ

CEDULA: 1.120.006.541