- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones | Todos los usuarios | Activo | Seleccione | Crear

Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario		
JENNIFER JULIETH SALAZAR SIERRA	juliethsalazars06@gmail.com	15/12/2017 07:43:17 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	15/12/2017 07:51:33 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Activo	Editar	Detalle

OPCIONES

Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

VER

Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Salazar	Sierra	Jennifer Julieth.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.073.513.970

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 17 MES 01 AÑO 1994

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cl 10a 19a 142 To 5 Apto 402

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Sucha

TELÉFONO 3208216493 EMAIL .

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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES [ ] AÑO [ ]

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		Auxiliar de enfermería por competencia	11	2016	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred integrada de servicios centro oriente E.S.E	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota.	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
344 44 84	DÍA 09 MES 04 AÑO 2018	DÍA 18 MES 06 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux enfermería		06 34 5-43

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Funstall Fundación Salud Taller		X	Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
274 5327	DÍA 01 MES 04 AÑO 2017	DÍA 26 MES 06 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux enfermería	Privada	cl 153 16C A8

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 5 Junio 2018

Jennifer Salazar

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

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA
PRIVADA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Jennifer Julieh Salazar Sierra

IDENTIFICADO CON C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 1.073.513.970 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
Calle 10 A #19 A 142	5164057

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
Soacha	Cundinamarca	Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Johan Stivens Leon Salazar	1025149198	Hijo
Diego Fernando Salazar	85468424	Padre
Nidian Sierra Ramos	63464010	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [X] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	2.400.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	3.400.00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	5.800.000

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	Apartamento	$55.200.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad SI [X] NO [ ] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No
Alvaro Javier Leon Rincon	C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	1073692451

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Jennifer Salazar S

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

BOGOTA D.C 0506/2018

CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE

La República de Colombia

La República de Colombia
y en su nombre
Fundación San Mateo
Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Soacha - Cundinamarca

Aprobación Oficial Autorizada Mediante Resolución No. 006253 de Diciembre 9 de 2002 Expedida por la Secretaria de Educación de Cundinamarca. Modificación de Licencia de Funcionamiento y como Institución para el Trabajo y Desarrollo Humano Resolución No. 513 de Junio 5 de 2009, 2074 de 21 de Septiembre de 2010 Expedida por la Secretaria de Educación de Soacha. Actualización del Programa Acuerdo No. 00067 del Ministerio de Protección Social de Marzo 30 de 2016 y Resolución 1313 de Junio 3 de 2016 Expedida por la Secretaria de Educación de Soacha. SIET N° 513-0

Comprobado el Cumplimiento de los Requisitos Legales y Académicos Pertinentes, así como la Culminación Satisfactoria de los Estudios Curriculares con una intensidad de mil ochocientas (1800) horas se confiere el:

Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
Técnico Laboral en

Auxiliar de Enfermeria

A:

SALAZAR SIERRA JENNIFER JULIETH

C.C. 1.073.513.970 De Funza (Cundinamarca)

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los veintiseis (26) días del mes de Noviembre del año 2016 anotado en el Folio 28 del libro No 03 del Registro de Graduaciones de la Fundación San Mateo.

Luz Adriana Patiño C.
Directora General

Geraldine Gonzalez R.
Secretaria General

Johanna S. Latorre M.
Directora Academica

La República de Colombia

y en su nombre el

Centro Educativo Gimnasio Americano

Funza - Cundinamarca

Aprobado por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, según
Resolución No. 005559 del 3 de Diciembre de 2003
Registro Icfes No. 108662

Confiere a:

Salazar Sierra Jennifer Julieth

Identificada con C.C. No. 1.073.513.970 de Funza (Cundinamarca)

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994
y sus decretos reglamentarios 1860 de 1994 y 3011 de 1997
según los planes y programas vigentes

Libro de Registro No. 02

Acta No. 29 Folio No. 21

No se requiere registro de la Secretaria de Educación, según Decretos
No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación
Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1955, Presidencia de la República

Dado en Funza – Cundinamarca a los 27 días del mes de Junio del año 2015

María José Puche Cabrera
Rector

Esperanza Garibello Cruz
Secretaria

Según Decreto No. 1024 del 15 de Abril de 1982. No requiere autenticación de firmas
NOTA: FAVOR VERIFICAR AUTENTICIDAD EN LOS TELS.: 825 7502 – 825 8500 EN FUNZA / CUNDINAMARCA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
CENTRO EDUCATIVO GIMNASIO AMERICANO

Calle 11 No. 12 – 39 Teléfono: 8257502
Funza - Cundinamarca

900106498-5	108662	325286000899
NIT	REGISTRO ICFES	CODIGO DANE

En el Municipio de Funza – Cundinamarca a los 27 días del mes de Junio del año 2015 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último Ciclo, el suscrito Rector y Secretaria en las instalaciones del CENTRO EDUCATIVO GIMNASIO AMERICANO, Institución aprobada en el Nivel de Educación Básica y Media según Resolución No. 005559 del 3 de Diciembre de 2003 por la Secretaria de Educación de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de Bachiller Académico.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el:

TÍTULO DE
BACHILLER ACADÉMICO

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

Salazar Sierra Jennifer Julieth
Identificada con C.C. No. 1.073.513.970 de Funza (Cundinamarca)

Es fiel copia tomada del Libro de Registro No. 2, Acta Original General No. 29 Folio No. 21 de fecha 27 de Junio del año 2015 que consta de 36 estudiantes; que comienza con el nombre de CABEZAS ORTIZ ÓSCAR NICOLÁS y se cierra con el nombre de SUÁREZ ORDOÑEZ ANGIE MARCELA

Firmada por: MARIO JOSE PUCHE CABRERA — Rector
ESPERANZA GARIBELLO CRUZ — Secretaria

Dada en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Junio del año 2015

Rector

Mario José Puche Cabrera
C.C. No. 79.502.387 de Bogotá

Secretaria

Esperanza Garibello Cruz
C.C. No. 39.736.499 de Funza

NOTA: SEGÚN DECRETO No. 1024 DEL 15 DE ABRIL DE 1982. NO REQUIERE AUTENTICACIÓN DE FIRMAS

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 1581

FUNDACIÓN SAN MATEO
Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

En Soacha, Cundinamarca, a los Veintitrés (23) días del mes de Noviembre del año 2016, se reunieron en las instalaciones de la institución, la Dirección General, Académica y Secretaría General con el fin de formalizar la certificación de los estudiantes de último ciclo de la **FUNDACIÓN SAN MATEO**, persona jurídica identificada con Nit. 832.008.253-1, con aprobación oficial autorizada mediante Resolución No. 006253 de Diciembre 09 de 2002 expedida por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, modificación de licencia de funcionamiento y como Institución para el Trabajo y el Desarrollo Humano Resolución No. 513 de Junio 5 de 2009, 2074 de 21 de Septiembre de 2010 expedida por la Secretaria de Educación de Soacha. Actualización del programa Acuerdo No 00067 del Ministerio de Protección Social de Marzo 30 de 2016 y Resolución 1313 de Junio 3 de 2016 Expedida por la Secretaria de Educación de Soacha, SIET Nº 513-0. Comprobado el cumplimiento de los requisitos legales y académicos pertinentes, así como la culminación satisfactoria de los estudios curriculares, con una intensidad de mil ochocientas (1800) horas y 35 Créditos Académicos se confiere el:

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

A:

SALAZAR SIERRA JENNIFER JULIETH

C.C. 1,073,513,970 de Funza (Cundinamarca)

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los veintiséis (26) días del mes de Noviembre del año 2016, anotado en el folio Nº 28, del libro Nº 03, del Registro de Certificaciones de la **FUNDACIÓN SAN MATEO.**

LUZ ADRIANA PATIÑO C.
DIRECTORA GENERAL

GERALDINE GONZÁLEZ R.
SECRETARIA GENERAL

JOHANNA S. LATORRE M.
DIRECTORA ACADÉMICA

MEDISED
INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

APROBACION OFICIAL SEGUN
RESOLUCION 0113 DEL 06 DE SEPTIEMBRE DE 2010

NIT 800 215 743-1

OTORGA A:

SALAZAR SIERRA JENNIFER JULIETH

Identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.073.513.970 DE FUNZA.

Teniendo en cuenta que asistió y aprobó cumplidamente al seminario de
SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. EL DIA 30 DE ENERO DE 2017

INTENSIDAD HORARIA 30 HORAS.

Patricia Vargas

DIRECTORA (E)

COORDINADORA ACADEMICA

RCP – R – 036
Versión 2

Bogotá D.C 5 junio 2018

Señores:

Fundación San Mateo

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Auxiliar de Enfermería por Competencias.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Jennifer Salazar S.

No. de documento: 1.073.513.970

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: calle 10 a 19a 142 suacha.

Teléfono: 3208216993

C E R T I F I C A C I Ó N

Bogotá, D.C., 18 de julio de 2017

La Fundación Salud Taller es una entidad privada, Católica, Sin ánimo de lucro, con Personería Jurídica 1556 de 1995, de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Somos reconocidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como una entidad vinculada al Sistema Nacional de Bienestar Familiar por medio de la Resolución 1108.

El Representante Legal de FUNSTALL certifica que la señora **JENNIFER JULIETH SALAZAR SIERRA,** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.073.513.970, prestó sus servicios en la Fundación, en el cargo de **Auxiliar de Enfermeria** en el período comprendido entre el 1 de abril de 2017 hasta el 26 de junio de 2017. El contrato suscrito con la entidad fue laboral a término fijo con una asignación salarial de $ 850.000,oo, más subsidio de transporte y prestaciones sociales legales.

Atentamente,

ARMANDO JOSÉ DEL VALLE RODRÍGUEZ
C.C 19167205de Bogotá
Representante Legal

FUNDACIÓN SALUD TALLER FUNSTALL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.513.970

SALAZAR SIERRA

APELLIDOS

JENNIFER JULIETH

NOMBRES

Jennifer Salazar S.

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1994

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

31-ENE-2012 FUNZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1506300-00371746-F-1073513970-20120429 0029751568A 1 37729765

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14408136575

(415)7707212489984(8020) 000001440813657 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1073513970	8	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1073513970	20120131

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Funza 286

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALAZAR	SIERRA	JENNIFER	JULIETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Soacha 754

41. Dirección principal: CL 10 A 19 A 142 TO 5 AP 402 BRR HOGARES SOACHA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jennifersasi_1717@outlook.com		3208216993	5164057

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	Actividad principal 47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	Actividad secundaria 49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	Otras actividades 2
8610	20170316				

Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 20170316

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Jennifer Salazar S

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

984. Nombre: TOCANCHON PEÑA MARTHA CECILIA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 16-03-2017 08:06:51AM

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 16-03-2017
Hora: 8:48:27 AM

CONTRIBUYENTE CC 1073513970 JENNIFER JULIETH SALAZAR SIERRA

Información

Dirección	CL 10A 19A 142 TO 5 AP 402 BRR
Teléfonos	3208216993-5164057
Dirección	jennifersasi_1717@outlook.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	16/03/2017
Soporte Inscripción	23111664
Fecha Inicio Actividades	16/03/2017
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8610-ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

RESOLUCIÓN No. 25 - 36
10 ENERO DE 2017

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA SECRETARIA DE SALUD (E)

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial las conferidas por el Decreto 1352 del 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que ***SALAZAR SIERRA JENNIFER JULIETH****, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.* ***1073513970,*** *expedida* ***FUNZA CUNDINAMARCA****, solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización, para ejercer como* ***TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA****; diploma otorgado por,* ***LA FUNDACION SAN MATEO EN SOACHA CUNDINAMARCA****, según* ***ACTA INDIVIDUAL DE GRADO N. 1581 DEL 26 DE NOVIEMBRE DE 2016***

Que dicho certificado de aptitud ocupacional, no requiere Registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°, de la Resolución 08211 de 1989.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- *Autorizar a* ***SALAZAR SIERRA JENNIFER JULIETH,*** *identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.* ***1073513970,*** *expedida en* ***FUNZA CUNDINAMARCA*** *, para ejercer como* ***TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,*** *y tiene efectos en el Territorio Nacional.*

ARTÍCULO SEGUNDO: *Con la presente Resolución, quedara inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en salud (ReTHUS).*

ARTÍCULO TERCERO: *Notificar la presente resolución conforme a lo dispuesto en el Art. 67 y siguientes del CPACA, advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición que se interpondrá dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación.*

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C, el 10 ENERO DE 2017

DIANA YAMILE RAMOS CASTRO
Secretaria de Salud (E)

Proyectó: Mario Jiménez
Revisó: Jose Luis Rodriguez
V.B CAAJ: Alfonso Sanchez

BOGOTA D.C. 17 ENERO 2017
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Jennifer Salazar S.
CC No. 1.073.513.970
Firma Jennifer Salazar Sierra.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1073513970

Primer Nombre *

jennifer

Primer Apellido *

salazar

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1073513970	JENNIFER	JULIETH	SALAZAR	SIERRA	**Ver**

Información Detallada [CC: 1073513970] JENNIFER JULIETH SALAZAR SIERRA

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017/1/06	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO-COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
OTRAS				
VPH	1	24 ENE 2015	J006891	
	2	18 FEB 2016	K006412	

MUNDO SALUD
CENTRO DE VACUNACION

MUNDO SALUD
Centro de Vacunación

Vacunación al día
Protección y Vida

Código del prestador 110012733001

CARNET DE VACUNACIÓN

Nº 2979

Autorizado por Secretaria Distrital de Salud

NOMBRE Jennifer Julieth Salazar Sierra

FECHA DE NACIMIENTO 17-01-94 SEXO F

IDENTIFICACION 1073513970

TELEFONO 313 325 0869

Calle 27 Sur No. 22-11 - Tel: 696 72 46 - B. Olaya
Cel: 314 270 78 15 - E-mail: vacunacionmundosalud@gmail.com

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	23 JUL 2015	HEPAVAX 1434018 V. 08/05/2016	MUNDO SALUD
	2	29 AGO 2015	ENGERIX AHABVC417BG V.09/2016	CENTRO DE VACUNACION MUNDO SALUD
	3	24 SEP 2015	ENGERIX AHABVC417BG V.09/2016	MUNDO SALUD CENTRO DE VACUNACION
	R	18 JUL. 2016	HEPAVAX L 1434021.21 V. 2018 / 05 / 12	CENTRO DE VACUNACION IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	2	23 JUL 2015	D2221	MUNDO SALUD
	2	21 ABR. 2016	TOXOIDE TETANICO L 160110026 V JUL/2017	CENTRO DE VACUNACION Certi Medic
	3			
	4			
	5			
NEUMO-COCO	1			
FIEBREA AMARILLA	1			

REYVELT MEDICINA ESPECIALIZADA SAS
Nit. 900868701 - 5
Dirección: CALLE 85 A No 22-32
Tel: 7020903

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **16/03/2017 11:00:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JENNIFER JULIETH SALAZAR SIERRA**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 1073513970**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

ALTERNAR POSTURAS DE PIE Y SENTADO,PAUSAS ACTIVAS VISUALES CADA 2 HORAS,USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA ACTIVIDAD,USO DE CORRECCION OPTICA FORMULADA PARA VISION LEJANA,MANTENER ERGONOMIA DE COLUMNA

DIANA PATRICIA VELASQUEZ VELEZ
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 55303351 RM: 762514

Jennifer Salazar S.
Trabajador: JENNIFER JULIETH SALAZAR
CC: 1073513970
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

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

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

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

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

FECHA:	5/06/2018	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Bogota.

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Salazar	Sierra	Jennifer	Julieth		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.073513970	Funza Cundinamarca	31-01-2012
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
17-01-1994	Santa Marta	Colombia	Colombiana.

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	1	1	3208216993

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	CUAL:	Auxiliar de enfermeria.

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
cl 10a 19a 14 T5 AP402	Soacha	Cundinamarca	Colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
León	Rincon	Alvaro	Javier

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.073.692.451	Soacha Cun.	12-01-2012	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒	NO ☐	NACIONALIDAD:	Colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐		SI ☐		SI ☒	Digitar el codigo del rut	8692
		NO ☒		NO ☒		NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [x]	SI [ ] NO [x]	Sub red centro oriente E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [ ]	# NIT

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL: [x] Salud

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermería	FECHA VINCULACION	20/10/2017

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	700.000 $ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	1.500.000 $ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	300.000 $ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	400.000 $ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	1500.000 $0	TOTAL EGRESOS	1100.000 $0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rincon	Abril	Maria	Silenia
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
cl 10 D 18 Q -37	Soacha - Cundinamarca.	Amiga	321 4160337

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros.			

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [x]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su profesión: Auxiliar de Enfermería.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE

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

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

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

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

Jennifer Salazar S.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION		
1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 09 / 06 / 2017

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ | B. Colectiva ☐ | C. Institucional ☐ | D. De oficio ☐

3. Régimen: A. Contributivo ☒ | B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ | B. Cabeza de familia ☐ | C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ | B. Independiente ☒ | C. Pensionado ☐

Código (a registrar por la EPS): 8

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Salazar	Sierra	Jennifer	Julieth

7. Tipo documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1.073.513.990

9. Sexo: Femenino ☒ | Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento: 17 / 01 / 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo F N M | Condición T P

13. Puntaje SISBEN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:

16. Administradora de Pensiones: Protección

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.500.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Calle 10A # 19A-142	5164057	3208216993	JulieJula-1717@Outlook.es

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Barrio/Vereda
Sasaima Cundinamarca	Urbana ☐ Rural ☐	Cundinamarca	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad:

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Femenino ☐ | Masculino ☐

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo F	27. Sexo M	28. Fecha de nacimiento
B1									D D M M A A A A
B2									D D M M A A A A
B3									D D M M A A A A
B4									D D M M A A A A
B5									D D M M A A A A

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	IPS COMPLEJO SOE.	
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Jennifer Salazar Sierra	CC	1.073.513.990	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Calle 10A # 19A-142 T6 APT 402	3208216993	JulieJula-1717@Outlook.es	Bogotá	Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		0 6 1 0 2 0 1 7

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado — Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente [illegible] públicas que por sus funciones lo requieran
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo [illegible] Ley [illegible] Decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

RADICADO EN LA EPS
REGIONAL - CUNDINAMARCA
10 OCT. 2017
BOGOTA CALLE 116
ATENCIÓN AL USUARIO

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Jennifer Salazar S.	

X. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)
Código del Municipio: [ ] Código del departamento: [ ]	Número de ficha: [ ] Puntaje: [ ] Nivel: [ ]		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

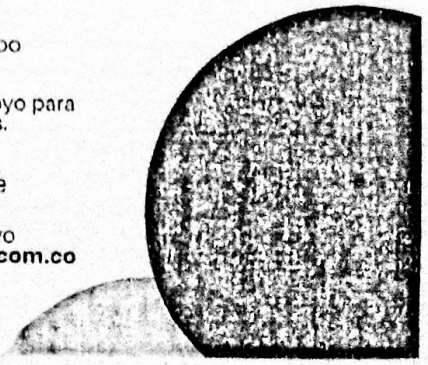
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
		PAOLA GUERRERO

OBSERVACIONES

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligencialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SALAZAR SIERRA JENNIFER JULIETH** identificado(a) con **CC** número **1.073.513.970** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de junio de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018060521074

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1073513970			SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento			ARL
JENNIFER	JULIETH	SALAZAR	SIERRA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
17/01/1994	SANTA MARTHA	CL 10 D 18Q 37	3208216993
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
MEDIMAS	PROTECCIÓN		$ 1.500.000,00
EPS - Salud	AFP - Pensiones		Honorarios
Técnico Auxiliar de Enfermería			
Objeto Contractual (Cargo)			Fecha Inicio del Contrato
jennifersalazar0117@gmail.com			3208216993
Correo Electrónico			Celular
Jennifer Salazar S.			
Firma del Afliado			Firma y Nombre Supervisor del Contrato
			C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110659962

WEB
20:54:40

Bogotá DC, 05 de junio del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JENNIFER JULIETH SALAZAR SIERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073513970:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 05 de junio de 2018, a las 20:51:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1073513970
Código de Verificación	1073513970180605205143

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.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2271978

Bogotá D.C., 5 de Junio de 2018 - 21:03 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL SETENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS SETENTA**

1073513970

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

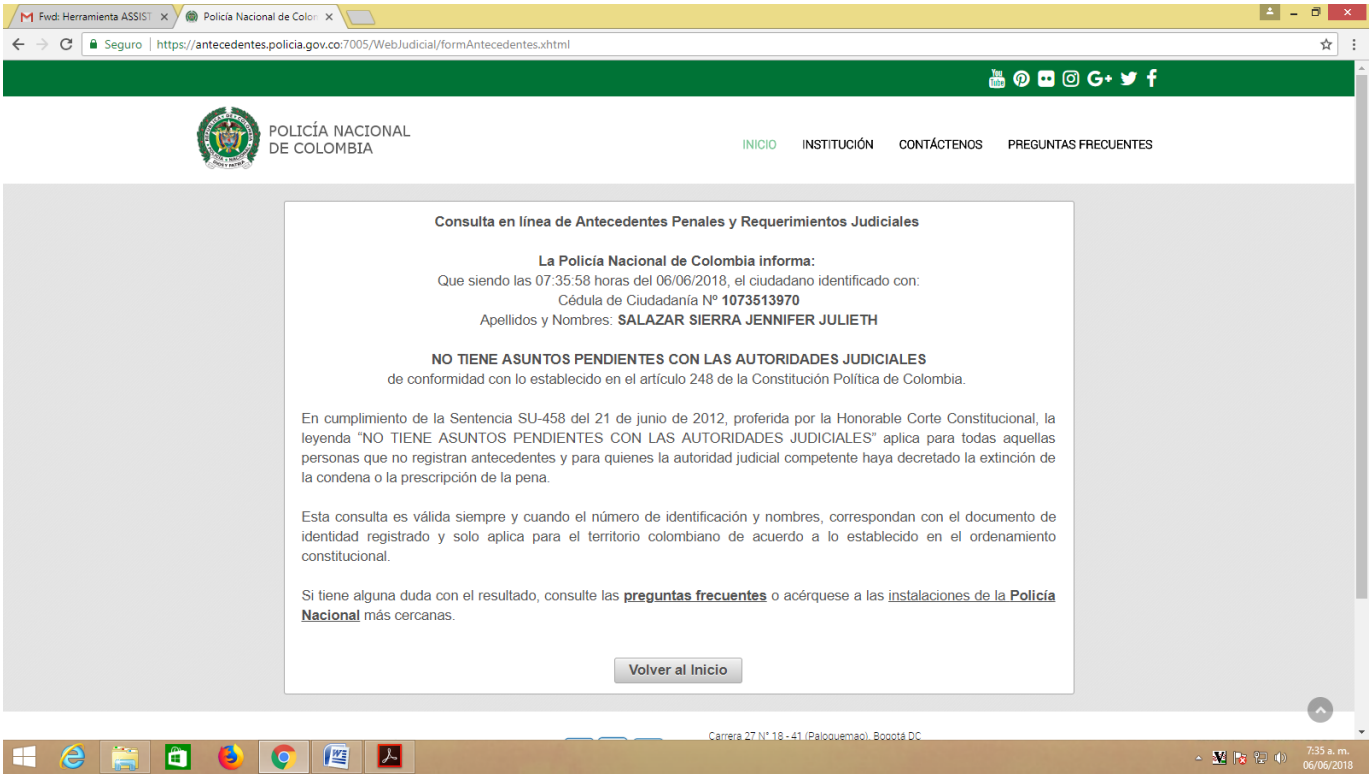
El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 6_KBA7F_0221
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


Fwd: Herramienta ASSIST
Policía Nacional de Colo
Seguro | https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:35:58 horas del 06/06/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1073513970
Apellidos y Nombres: SALAZAR SIERRA JENNIFER JULIETH
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.
Volver al Inicio
Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao), Bogotá DC
7:35 a. m.
06/06/2018

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL, **26/03/2018**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JENNIFER JULIETH SALAZAR SIERRA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1073513970**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550000800114803**
Fecha de apertura	**31/03/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA