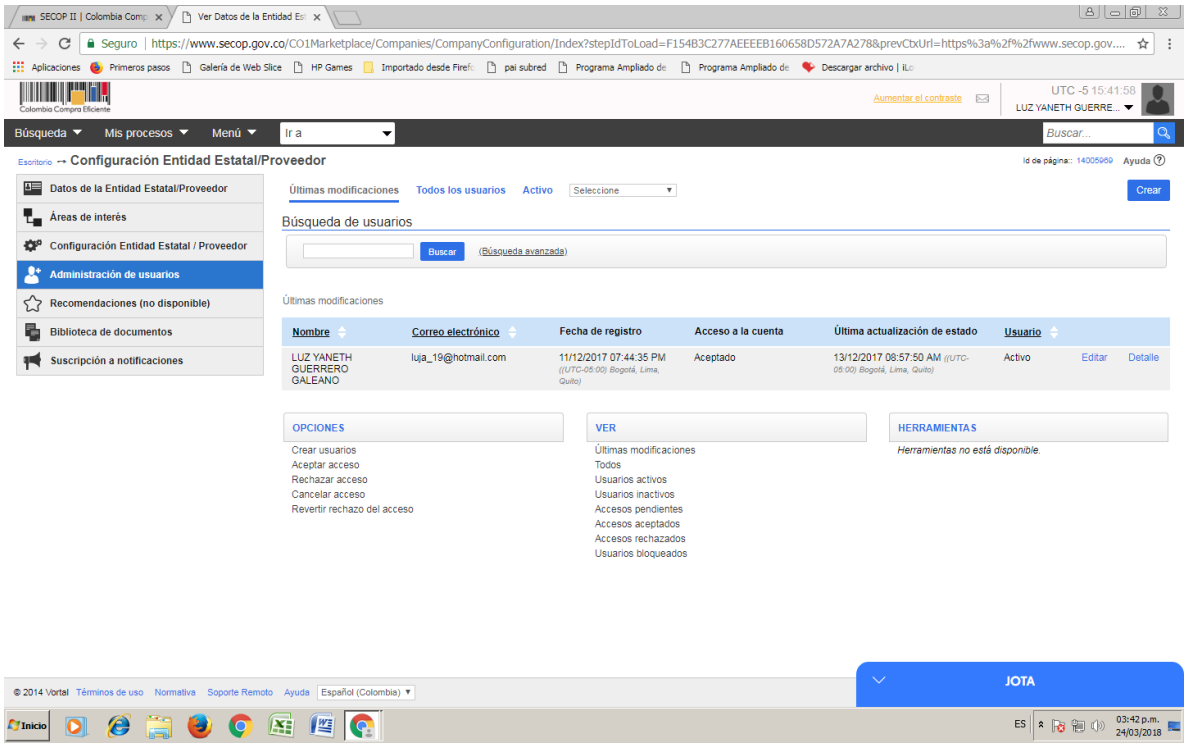

SECOP II | Colombia Comp
Ver Datos de la Entidad Es
Seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCbxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov....
Aplicaciones
Primeros pasos
Galería de Web Slice
HP Games
Importado desde Firef
pai subred
Programa Ampliado de
Programa Ampliado de
Descargar archivo | iLo
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 15:41:58
LUZ YANETH GUERRE...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ↦ Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
Ayuda
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
LUZ YANETH GUERRERO GALEANO
luja_19@hotmail.com
11/12/2017 07:44:35 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
13/12/2017 08:57:50 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.
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
Inicio
ES
03:42 p.m.
24/03/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GUERRERO	GALEANO	LUZ YANETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1059784733

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES ABR AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Caldas

CIUDAD Risaralda

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 54 72 07

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3128237251

EMAIL luja_19@hotmail.com

2 .FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2004
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA	12	2008	33970

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 2 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 22 MES 1 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA - PIC	*DIRECCIÓN*: DG 34 33 24	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 9 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 10 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA - PIC	*DIRECCIÓN*: DG 34 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: E.S.E SAN CRISTOBAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: esesancristobal@gmail.com	
TELÉFONOS: 2091480	*FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 5 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: PIC PAI	*DIRECCIÓN*: CL 20A SUR 8A 58	

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: OVC SAS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: info@vacunemoscolombia.com	
TELÉFONOS: 7427444	*FECHA DE INGRESO*: DIA 20 MES 9 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 27 MES 2 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: VACUNACION	*DIRECCIÓN*: CL102A 45A 09	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOPSITAL SAN RAFAEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Caldas	*MUNICIPIO*: Risaralda	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hsrrcaldas@yahoo.es	
TELÉFONOS: 8557113	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 10 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: VACUNACION	*DIRECCIÓN*: KR 4 10 39	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN RAFAEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Caldas	*MUNICIPIO*: Risaralda	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hsrrcaldas@yahoo.es	
TELÉFONOS: 8557113	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 16 MES 7 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: CLINICO	*DIRECCIÓN*: KR 4 10 39	

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Caldas	Risaralda	hsrrcaldas@yohoo.es

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8557113	DIA 13 MES 6 AÑO 2009	DIA 12 MES 9 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	CLINICO	KR 4 10 39

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Caldas	Risaralda	hsrrcaldas@yahoo.es

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8557113	DIA 17 MES 2 AÑO 2009	DIA 16 MES 5 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	CLINICO	KR 4 10 39

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	6	11
PRIVADO	0	5
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

BOGOTA D.C 22 01 2019

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ YANETH GUERRERO GALEANO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1059784733 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección KR 54 72 07 **Teléfonos** 3128237251 3128237251

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SIMON PIEDRAHITA GUERRERO	1028727965	HIJO(A)
ROCIO GALEANO OSORIO	25077683	MADRE
JOSE GERARDO GUERRERO ZAPATA	4345360	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	00848033840	20 DE JULIO	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	TARJETA CREDITO Q	$ 300.000,00

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

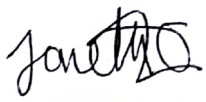
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
CRISTIAN ANDRES PIEDRAHITA	C.C ⊗ C.E ○ T.I. ○	1002593977

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE CALDAS

INSTITUTO INMEDENT

INSTITUTO DE EDUCACIÓN NO FORMAL

Con autorización oficial No. 007487 del 20 de noviembre de 1990 de la Secretaría de Educación Departamental

CONCEDE A:

LUZ YANETH GUERRERO GALEANO

Identificada con C. C. 1.059.784.733 de Risaralda

EL CERTIFICADO DE:

Aptitud Ocupacional en
TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

Por haber cursado y aprobado los estudios con una duración total de 1800 horas

Resolución No. 01978 de Julio 25 de 2000
Secretaría de Educación Departamental

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION TERRITORIAL
DE SALUD DE CALDAS
Reconócese este título para todos los efectos legales.
MANIZALES: _____
RESOLUCION No. _____

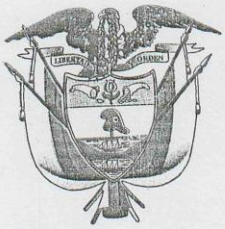
RECTOR

DIRECTOR ACADEMICO

Anotado al Libro de Registro 18 **Acta No.** 133 **Folio** 109

Manizales, Diciembre 17 de 2008

República de Colombia



Departamento de Caldas

y en su nombre

El Colegio Oficial Integrado "María Inmaculada"

Risaralda - Caldas

Aprobado mediante Resolución No. 009381 del 25 de Octubre de 1.993, y prorrogada por Resolución No. 008320 del 12 de Diciembre de 1.996, Fusionado por Resolución No. 01864 del 27 de Julio de 2.001, emanada de la Secretaría de Educación Departamental.

Confiere a:

Luz Yaneth Guerrero Galeano

Identificado(a) con T.I. No. 7394

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

COLEGIO OFICIAL INTEGRADO
MARIA INMACULADA
RISARALDA - CALDAS
RECTOR

Blanca Nelly Rodríguez

Rector (a)

COLEGIO OFICIAL INTEGRADO
MARIA INMACULADA
Risaralda - Caldas
SECRETARIA - TESORERIA

Alejandra Bedoya B.

Secretario(a)

Dado en Risaralda (Caldas), a 1 de Diciembre de 2.00 4

INMEDENT LTDA.
Nit. 800.106.930-3

"Una Inversión para toda la Vida"

ACTA DE CERTIFICACION No. 133

En la ciudad de Manizales a los diecisiete (17) días del mes de Diciembre del año dos mil ocho (2008), el **INSTITUTO INMEDENT**, realizó la ceremonia de certificación presidida por el Rector y el Director Académico con el fin de conferir los certificados de **Aptitud Ocupacional en Técnico en Auxiliares de Enfermería**.

El INSTITUTO INMEDENT con licencia de iniciación de labores número 007487 del 20 de Noviembre de 1990 de la Secretaría de Educación del Departamento de Caldas, en el nivel de Educación No Formal y autorizado por la Secretaría de Educación Departamental mediante Resolución número 01978 de Julio 25 de 2000 para impartir capacitación en el ramo de **Técnico en Auxiliar de Enfermería**, bajo los módulos:

I. **FORMACIÓN BÁSICA**
II. **PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y PRÁCTICA I**
III. **CUIDADOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y PRÁCTICA II**
IV. **ATENCIÓN MATERNO INFANTIL, PROGRAMAS ESPECÍFICOS, PRÁCTICA III Y PRÁCTICA INTEGRAL.**

Con una intensidad de 1800 horas, comprobada la situación legal y académica, según requisitos reglamentarios y estatutarios del INSTITUTO INMEDENT de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes, se procedió a otorgar el certificado de **APTITUD OCUPACIONAL EN TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, en las modalidades descritas anteriormente a la alumna **LUZ YANETH GUERRERO GALEANO**, identificada con Cédula de Ciudadanía número 1.059.784.733 de Risaralda.

Dada en Manizales a los diecisiete (17) días del mes de Diciembre del año dos mil ocho (2008).

JOSE VICENTE AGUIRRE ARANGO
Rector

MARTÍN SIERRA QUIROZ
Director Académico

COLEGIO MARIA INMACULADA
BACHILLER ACADEMICO-DIURNO
Risaralda Caldas

APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN 009381 DEL 25 DE OCTUBRE DE 1993 Y PRORROGADA POR RESOLUCION 008320 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 1996, Y FUSIONADO POR RESOLUCION 01864 DEL 27 DE JULIO DE 2001. LOS GRADOS DE PREESCOLAR A UNDECIMO DE BACHILLERATO. EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DE CALDAS.
Secretaria Telefax: 8557106 Rectoría Teléfono: 8557105

FOLIO: 095
ACTA DE GRADUACIÓN # 043

En la ciudad de **RISARALDA** a los 01 día del mes de Diciembre del año 2.004 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación del alumno del último grado, la suscrita rectora y secretaria en la rectoría del **COLEGIO MARÍA INMACULADA**, institución aprobada hasta N. visita en nivel de educación media vocacional y autorizada por el ministerio de educación nacional para otorgar el título de bachiller en la modalidad **ACADÉMICA**, según resolución número 009381 del 25 de Octubre de 1993 y prorrogada por resolución 008320 del 12 de diciembre de 1996. Y fusionada por resolución 01864 del 27 de Julio de 2.001.

Comprobada la situación legal y académica del alumno que cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de educación media vocacional, se procedió a otorgar el título **BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyo nombre, apellidos y el número de documento de identidad se relaciona a continuación.

GUERRERO GALEANO LUZ YANETH
T.I 54112
DE: RISARALDA CALDAS.

En constancia se firma la presente por quien intervino, en el cumplimiento a lo ordenado en el artículo séptimo del decreto 180 de 1981

COLEGIO OFICIAL INTEGRADO
MARIA INMACULADA
RISARALDA - CALDAS
RECTORA

BLANCA NELLY RODRIGUEZ PULGARÍN
c.c. 24.305.939 de Manizales .
Rectora

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

LUZ YANETH GUERRERO GALEANO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.059.784.733

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud.

Código: 230101257

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los tres (3) días del mes de Agosto de dos mil diecisiete (2017)

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

125743 - 03/08/2017
No Y FECHA REGISTRO

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

VIGENCIA
3 de Agosto de 2020

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403002301012 57CC1059784733C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ YANETH GUERRERO GALEANO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.059.784.733

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los quince (15) días del mes de septiembre de dos mil dieciseis (2016)

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

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

38879697 - 15/09/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300127543 6CC1059784733C.

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.
Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: *Luz Yaneth Guerrero Galeano*

Asistió al curso Básico de

LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cieza Ramírez
Directora Académica

Bacterióloga

Dado en Bogotá, D.C, a los 06 días del mes de Agosto de 2016

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ YANETH GUERRERO GALEANO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.059.784.733

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diez (10) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015)

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

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

25778934 - 10/12/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300821204CC1059784733C.

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ HUMANA

Certifica que:

LUZ JANETH GUERRERO

Asistió en calidad de participante a la

Jornada de Actualización del Programa Ampliado de Inmunizaciones

Realizado en la Ciudad Bogotá, a los 15 días de Diciembre del 2015

DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Coordinador PAI Nacional
Ministerio de Salud y Protección Social

I SIMPOSIO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN VACUNAS

ACIN

SCP Sociedad Colombiana de Pediatría

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA Y LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA

CERTIFICAN QUE

LUZ YANETH GUERRERO GALEANO

Asistió al I Simposio Nacional de Actualización en Vacunas.
1 y 2 de agosto de 2014. Bogotá - Colombia

NICOLÁS IGNACIO RAMOS RODRIGUEZ
Presidente
Sociedad Colombiana de Pediatría

DIEGO ALEJANDRO GARCÍA
Asesor Nacional Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
Ministerio de Salud y Protección Social

REPUBLICA DE COLOMBIA
E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL

CERTIFICA QUE:

LUZ YANETH GUERRERO GALEANO
CC. No. 1.059.784.733

ASISITIO COMO PARTICIPANTE A LA CAPACITACION Y ACTUALIZACION EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI

Realizado en Bogotá D.C. el día 28 de Junio de 2013
Con Una Intensidad de 10 horas.

Dra. Elizabeth Coy
Coordinadora PIC
E.S.E. Hospital San Cristobal

JF. Luz Mila Ararat
Coordinadora PAI
E.S.E. Hospital San Cristóbal

Bogotá, D.C. Junio 28 de 2013

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN CRISTÓBAL

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI

Certifica que:

LUZ JANETH GUERRERO GALEANO

C.C No. 1059784733 de Risaralda Caldas

Participó en el Programa de Capacitación con una Intensidad horaria de veinticuatro (24) horas teóricas

Dado en Bogotá D.C., a los 17 días del mes de diciembre de 2012

ELIZABETH COY JIMENEZ
COORDINADORA SALUD PUBLICA

CRHISTIAN CAÑON
COORDINADOR PAI

Diana Beltrán A.
DIANA BELTRAN
COORDINADOR EXTRAMURAL

Bogotá D.C

Señores:

INMEDENT LTDA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, LUZ YANETH GUERRERO GALEANO 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:

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1059784733

Tarjeta profesional No: 33970

Dirección de contacto: KR 54 72 07

Teléfono: 3128237251

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Cristóbal
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

LA UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de Contratación, se constata que **LUZ YANETH GUERRERO GALEANO,** identificado con cedula de ciudadanía **N° 1.059.784.733 de Risaralda,** suscribió con la ESE San Cristóbal las siguientes órdenes de Prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

Nº Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
615-2012	$ 2.079.367	08/05/2012	UN (01) MES Y VEINTITRES (23) DIAS
662-2012	$ 1.177.000	06/07/2012	UN (01) MES
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL PROGRAMA TRANSMISIBLES A NIVEL DISTRITAL			
OBLIGACIÓN DE HACER:1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el termino establecido.			
CON UNA TERMINACION BILATERAL A PARTIR DEL 01 DE AGOSTO DE 2012			
845-2012	$ 2.354.000	01/08/2012	DOS (02) MESES
ADC. 845	$ 2.354.000	01/10/2012	DOS (02) MESES
1441-2012	$ 2.829.754	01/12/2012	DOS (02) MESES
ADC. 1441	$ 1.414.877	01/02/2013	UN (01) MES
601-2013	$ 7.247.000	01/03/2013	CINCO (05) MESES
ADC. 601	$ 1.449.400	01/08/2013	UN (01) MES
1523-2013	$ 5.100.000	01/09/2013	TRES (03) MESES
2193-2013	$ 3.400.000	01/12/2013	DOS (02) MESES
ADC. 2193	$ 1.700.000	01/02/2014	UN (01) MES
380-2014	$ 3.400.000	01/03/2014	DOS (02) MESES
955-2014	$ 3.400.000	01/05/2014	DOS (02) MESES
1530-2014	$ 3.400.000	01/07/2014	DOS (02) MESES
2443-2014	$ 1.700.000	01/09/2014	UN (01) MES
3282-2014	$ 1.700.000	03/10/2014	VEINTIOCHO (28) DIAS
4011-2014	$ 3.400.000	01/12/2014	DOS (02) MESES
71-2014	$ 1.700.000	01/01/2015	UN (01) MES
882-2015	$ 3.400.000	01/02/2015	DOS (02) MESES
1444-2015	$ 7.019.600	01/04/2015	CUATRO (04) MESES
ADC.1444-2015	$ 3.509,800	01/08/2015	DOS (02) MESES
2868-2015	$ 3.509.800	01/10/2015	DOS (02) MESES
3571-2015	$ 1.754.900	01/12/2015	UN (01) MES
17-2016	$ 1.754.900	01/01/2016	UN (01) MES
1083-2016	$ 6.640.668	11/02/2016	CUATRO (04) MESES
ADC.1083-2016	$ 2.766.945	10/06/2016	CINCUENTA (50) DIAS
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.			

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y Prestación de los servicios contratados

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el día 21 de septiembre de 2016

Cordialmente,

GISELLE INGRID PAVA ARIAS
JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Elaboró: Isabel Jiménez-Apoyo Técnico Área Jurídica

OVC SAS
N.I.T. 830.135.561 - 1

CERTIFICA QUE:

La señora **LUZ YANETH GUERRERO GALEANO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.059.784.733, laboro en esta compañía desde el 20 de Septiembre de 2011 hasta el 27 de Febrero de 2012, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá, D.C. a los 27 días del mes de Febrero del año Dos Mil Doce (2012).

Cordialmente,

MARIA LUISA OSPINA PERALES
Gerente Administrativa

OVC SAS
Calle 102 A No 45 A -09
TEL: 7424474 FAX: 7424478
www.vacunemoscolombia.com
E-mail: info@vacunemoscolombia.com

HOSPITAL SAN RAFAEL
RISARALDA CALDAS
Nit 890801235-0

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO

CERTIFICA:

Que **LUZ YANETH GUERRERO GALEANO,** identificada con C.C. Nro. 1'059.784.733 de Risaralda prestó sus servicios como Auxiliar Area Salud en esta Institución por contrato a término definido en los siguientes periodos:

CONTRATO	DESDE	HASTA	ASIGN. MENSUAL
037	Febrero 17/2009	Mayo 16/2009	$ 600.000.oo
072	Junio 13/2009	Sept 12/2009	$ 650.000.oo
071	Julio 01/2010	Julio 16/2010	$ 389.333.oo
098	Octubre 01/2010	Octubre 31/2010	$ 689.000.oo
106	Noviembre 02/2010	Noviembre 30/2010	$ 666.033.oo

Este certificado se expide a solicitud de la interesada para trámites personales.

Dado en Risaralda Caldas a los veintidós (22) días del mes de julio de 2011

ALVARO GARCIA AGUDELO
Profesional Universitario

Elaborado por: Adriana Suárez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.059.784.733**

GUERRERO GALEANO

APELLIDOS

LUZ YANETH

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ABR-1988**

RISARALDA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

03-MAY-2006 RISARALDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00649798-F-1059784733-20141201 **0041**607839A 1 1633005113

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14224048492

(415)7707212489984(8020) 000001422404849 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 9 7 8 4 7 3 3	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 5 9 7 8 4 7 3 3	2 0 0 6 0 3 0 3

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Risaralda 6 1 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUERRERO	GALEANO	LUZ	YANETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección
CR 54 72 07 P 1 BRR DOCE DE OCTUBRE

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
luja_19@hotmail.com		3 1 2 8 2 3 7 2 5 1	

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 2 0 1 3 0 1 1 7

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante: 1059784733

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MUNOZ EMILSE

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 16-08-2016
Hora: 2:30:43 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1059784733-1 LUZ YANETH GUERRERO GALEANO

Información General

Dirección CR 54 72 07

Teléfonos 3128237251

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 23/11/2012

Soporte Inscripción 14945922

Fecha Inicio Actividades 02/02/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001052529

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

LUZ YANETH
GUERRERO GALEANO
C.C. 1059784733

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 24/04/2012

Identificacion Plastica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

Registro Nacional Nº 33970

Dirección Territorial de Salud de Caldas

Nombres:	LUZ YANETH
Apellidos:	GUERRERO GALEANO
C.C.:	1.059.784.733
Profesión:	AUXILIAR ENFERMERIA
Director General	





REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS

R E S O L U C I O N No 33970

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL DIRECTORA GENERAL DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS, en cumplimiento al DECRETO N° de 1875 del 3 de agosto 3 de 1994, expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto nro 3134 de 1956 y el Decreto 1352 de 2000.

C O N S I D E R A N D O

Que, **LUZ YANETH GUERRERO GALEANO**, cedula 1.059.784.733 Risaralda, ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** según **Certificado** que le otorgó el INSTITUTO INMEDENT, de Manizales Caldas, Colombia según acta original general Nro 133 de fecha 17 de diciembre de 2008.

R E S U E L V E

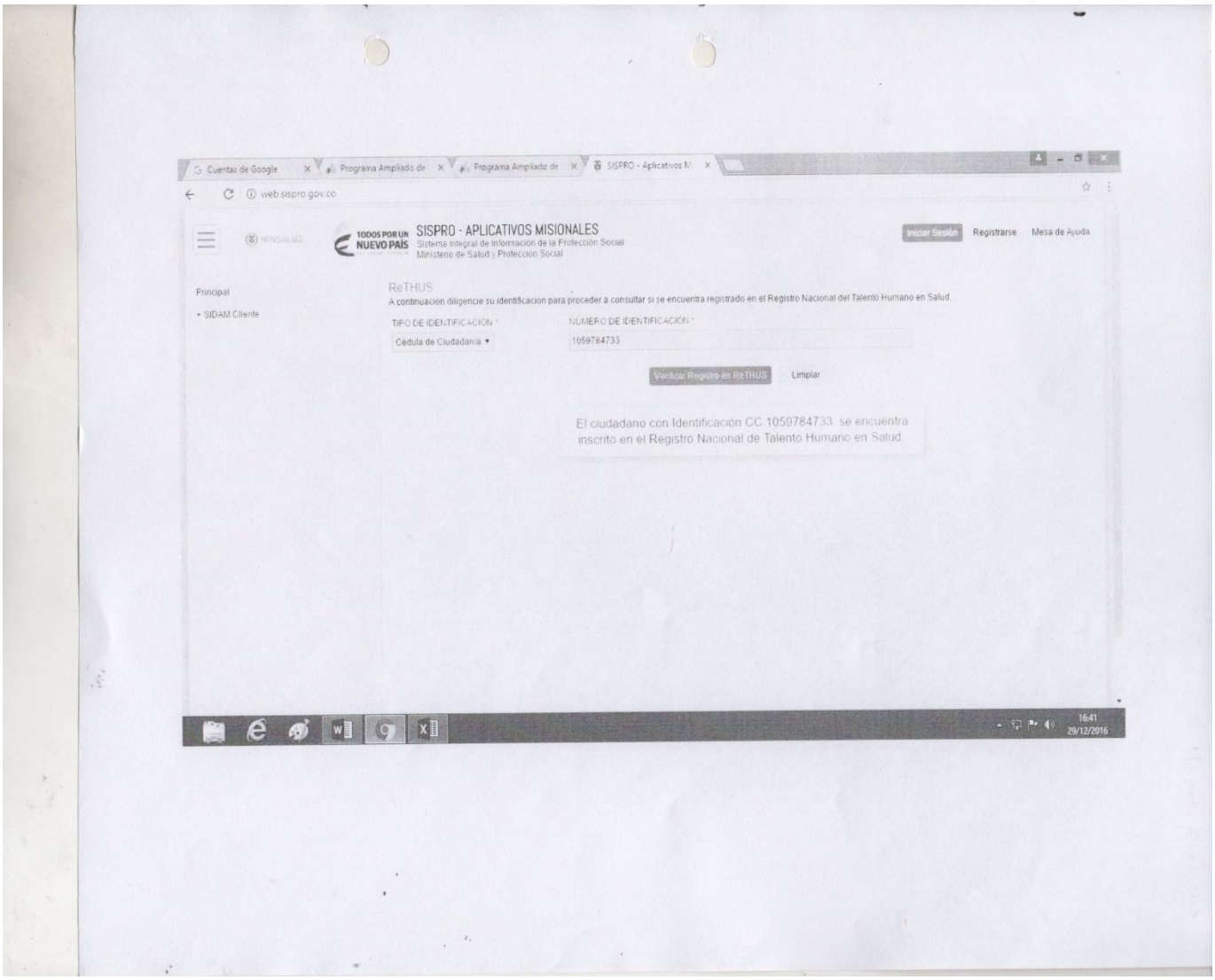
ARTÍCULO ÚNICO: Autorizar a **LUZ YANETH GUERRERO GALEANO**, cedula 1.059.784.733 Risaralda, para ejercer la ocupación de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA,** en el Territorio Nacional.

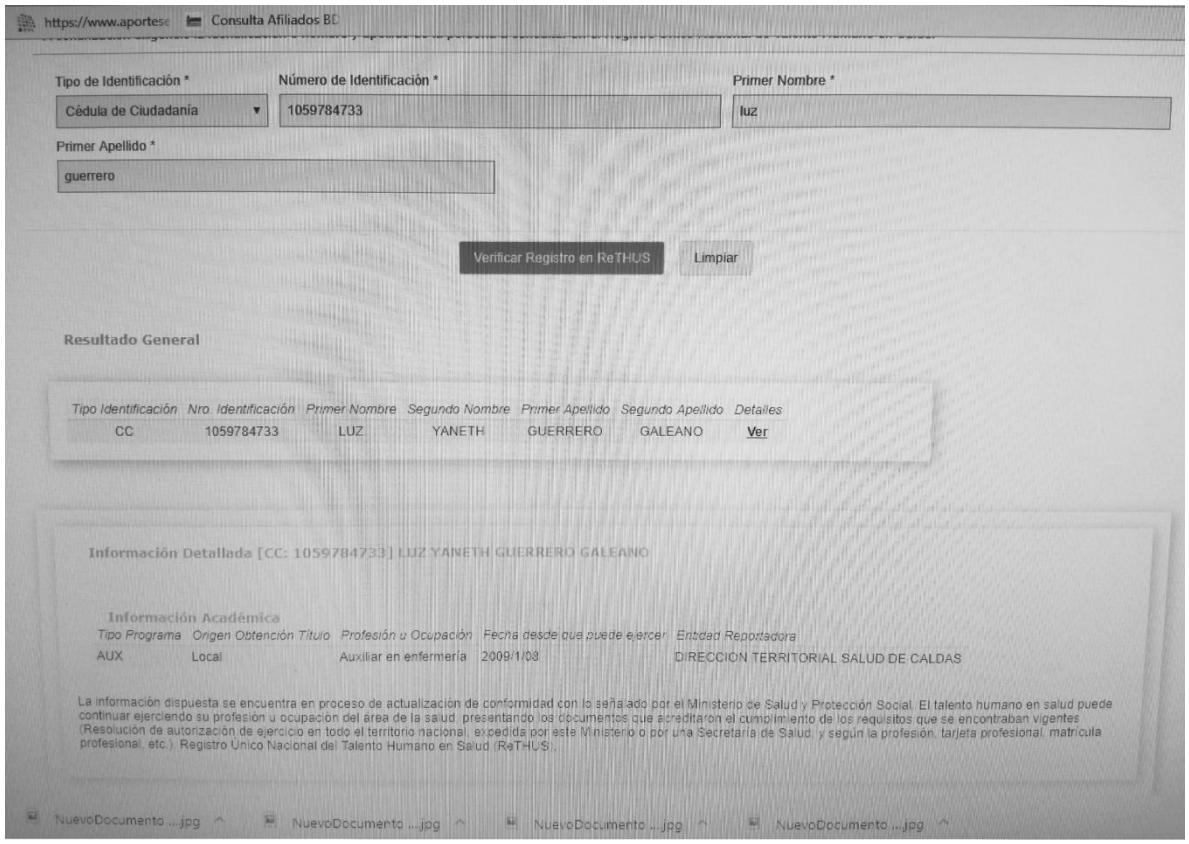
COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Manizales, a los 8 días del mes de enero de 2009

MARTHA ISABEL VALENCIA ESTRADA
Directora General

ABP


Cuentas de Google
Programa Ampliado de
Programa Ampliado de
SISPRO - Aplicativos M
web.sispro.gov.co
MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social
Iniciar Sesión
Registrarse
Mesa de Ayuda
Principal
+ SIDAM Cliente
ReTHUS
A continuación diligencie su identificacion para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.
TIPO DE IDENTIFICACIÓN *
Cédula de Ciudadanía
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN *
1059784733
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
El ciudadano con Identificación CC 1059784733, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.
16:41
29/12/2016


https://www.aportese
Consulta Afiliados BD
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
1059784733
Primer Nombre *
luz
Primer Apellido *
guerrero
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General
Tipo Identificación
Nro. Identificación
Primer Nombre
Segundo Nombre
Primer Apellido
Segundo Apellido
Detalles
CC
1059784733
LUZ
YANETH
GUERRERO
GALEANO
Ver
Información Detallada [CC: 1059784733] LUZ YANETH GUERRERO GALEANO
Información Académica
Tipo Programa
Origen Obtención Título
Profesión u Ocupación
Fecha desde que puede ejercer
Entidad Reportadora
AUX
Local
Auxiliar en enfermería
2009/1/08
DIRECCION TERRITORIAL SALUD DE CALDAS
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).
NuevoDocumento ... jpg
NuevoDocumento ... jpg
NuevoDocumento ... jpg
NuevoDocumento ... jpg

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Janeth
Apellidos	Guerrero Galeano
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 1059784733
Fecha de Nacimiento:	Día: 12 Mes: 04 Año: 1988

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	09-10-10	SERUM INSTITUTE INDIA 012N8022	Maria Mantoya
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	20-03-07	EU40508-D	ALEJANDRA
	2	22-06-07	EU40509-E	ALEJANDRA
	3	27-12-07	0246009-C	Diana M Montoya
	4	15-01-13	024B10085	ANGELENO
	5	26-06-14	02 illegible	Claudia M
Contra Hepatitis B	1	04-07-07		Adriana M
	2	09/08/07	Contamina	yes MAC
	3	12/02/08	C	MAC

R 1210312009 Contamina migrantes

23

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	20/04/04	illegible	10 años	Ruby Padilla
Contra Influenza	06-05-11	illegible	illegible	Ruby P
	20-05-12	126360 VIRGEN	illegible	HSC Jorge
Otras		illegible	illegible	
AH N1 Gripe	25/04/10	illegible		Ruby Padilla
Neumo	13/02/13	illegible	illegible	HSC

23

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Luz Yaneth

Apellidos: Guerrero Galeano

Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 1059784733

Fecha de Nacimiento: Día 22 Mes 04 Año 1988

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	1-06-2017	P3A33	Alguna Foto
Virus de Papiloma Humano				
DPaT	1	24/06/17	AC37A213AA	SRCO

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

Nit: 830.015.894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 12 / 9 / 2016

EXAMEN: [✓] Preocupacional o Ingreso [ ] Pos-ocupacional o Egreso [ ] Periódico

NOMBRES: LUZ YANETH GUERRERO GALEANO C.C. 1.059.784.733 EDAD: 28 SEXO M [F]

EMPRESA: SUBRED CENTRO ORIENTE CARGO: AUX DE ENFERMERIA Tel.: Cel.: 3128237251

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL	
Valoración Medica Laboral	✓		
Espirometria			
Audiometria			
Visiometría			
Optometría			
Electrocardiograma			
Psicología Laboral			
Radiología (Túnel/Carpo, Columna, Torax)			

	NORMAL	ANORMAL	
Respiratorio	✓		
Dermatología	✓		
Osteomuscular	✓		
Cardiovascular	✓		
Vacunas			
Prueba de Equilibrio	✓		
Otros			

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL	
Cuadro Hematico IVG			
Glicemia			
Colesterol			
Triglicerios			

	NORMAL	ANORMAL	
Serología			
Parcial de Orina			
RH - Grupo Sanguíneo			
Varios			

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) [ ] Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	X		Aplazado		
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo			No apto para este cargo		
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel					

Examen PERIODICO satisfactorio SI [ ] NO [ ]

Examen de EGRESO satisfactorio SI [ ] NO [ ]

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1.	Higiene Postural ✓	6.	Control Audiometrico —	11.	Estilos de Vida Saludable ✓
2.	Pausas Activas ✓	7.	Uso de Doble Proteccion Auditiva —	12.	Evitar Posturas Prolongadas ✓
3.	Ergonomía del Puesto de Trabajo ✓	8.	Control Optometrico Periodico —	13.	Uso de Medias de Compresión Graduado —
4.	Uso de Elementos de Protección Personal ✓	9.	Uso de Lentes permanentes —	14.	Valoración y Manejo en IPS —
5.	Valoración por IPS de Medicina Laboral ✓	10.	Control de Tension Arterial —		

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fuí informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS
EL DIVINO NIÑO JESÚS
Dr. Hugo R. Nieto R.
Médico Especialista
En Salud Ocupacional
SSI Dc. 251396
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

C.C. No. 1059784733

Huella I.D.

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
umedltda@gmail.com - info@umedips.com
www.umedips.com

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ YANETH GUERRERO GALEANO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.059.784.733

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los quince (15) días del mes de septiembre de dos mil dieciseis (2016)

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

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

38879697 - 15/09/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300127543 6CC1059784733C.

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: 2017-09-22

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

FECHA:	22 01 19	CIUDAD:	BOGOTA D.C	DEPARTAMENTO:	BOGOTA D.C

Destiguido 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		
GUERRERO	GALEANO	LUZ	YANETH		

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒ C.E ☐ R.C ☐ NUIP ☐	1059784733	RISARALDA, CALDAS	2006/05/03
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
22/04/1988	RISARALDA, CALDAS	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☒	1	1	3128237251

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐	CUAL:	AUXILIAR ENFERMERIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 54 72 07	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
luja_19@hotmail.com		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
PIEDRAHITA	MONTES	CRISTIAN	ANDRES

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	1002593977	ANSERMA, CALDAS	2007/04/17
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL	ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☒ NO ☐ ☐	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8693	8692
		ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐	

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

Scanned by CamScanner

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 ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT
	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒			900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 54B	3444484	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	05 09 16

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		GASTOS FAMILIARES	700 000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1550 000	ARRIENDOS	550 000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	300 000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	3000000	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1550000	TOTAL EGRESOS	1250000	TOTAL ACTIVOS	3008000	TOTAL PASIVOS	300000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
		MUEBLES ENSERES	

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MONTOYA	ECHEVERRY	DIANA	MARIA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KR 3 7 13	RISARALDA, CALDAS	AMIGA	3113525405

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	008480338410	20 DE JULIO	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ 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.):

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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. Asi 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 SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podran ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

Scanned by CamScanner

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice 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:		

Scanned by CamScanner

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS

(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

La afiliada LUZ YANETH GUERRERO GALEANO identificada con CC-1059784733 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Enero 21 de 2019.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

1059784733

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUZ YANETH GUERRERO GALEANO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1059784733,** se encuentra afiliado (a) desde **01/08/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/08/2016	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de enero de 2019.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

1059784733	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
luz	YANETH	GUERRERO	GALEANO

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
22-04-1988	RISARALDA, CALDAS	KR 54 72 07	

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
COOMEVA	COLPENSIONES	$ 1550000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
AUXILIAR DE ENFERMERIA	05 - 09 - 2016

Correo Electrónico	Celular
luja-19@hotmail.com	3128237257

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121026060

WEB
20:50:51

Bogotá DC, 21 de enero del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ YANETH GUERRERO GALEANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1059784733:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de enero de 2019, a las 21:02:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1059784733
Código de Verificación	1059784733190121210217

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2712774

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 21:04 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUZ YANETH GUERRERO GALEANO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL CINCUENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES** de RISARALDA

1059784733

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

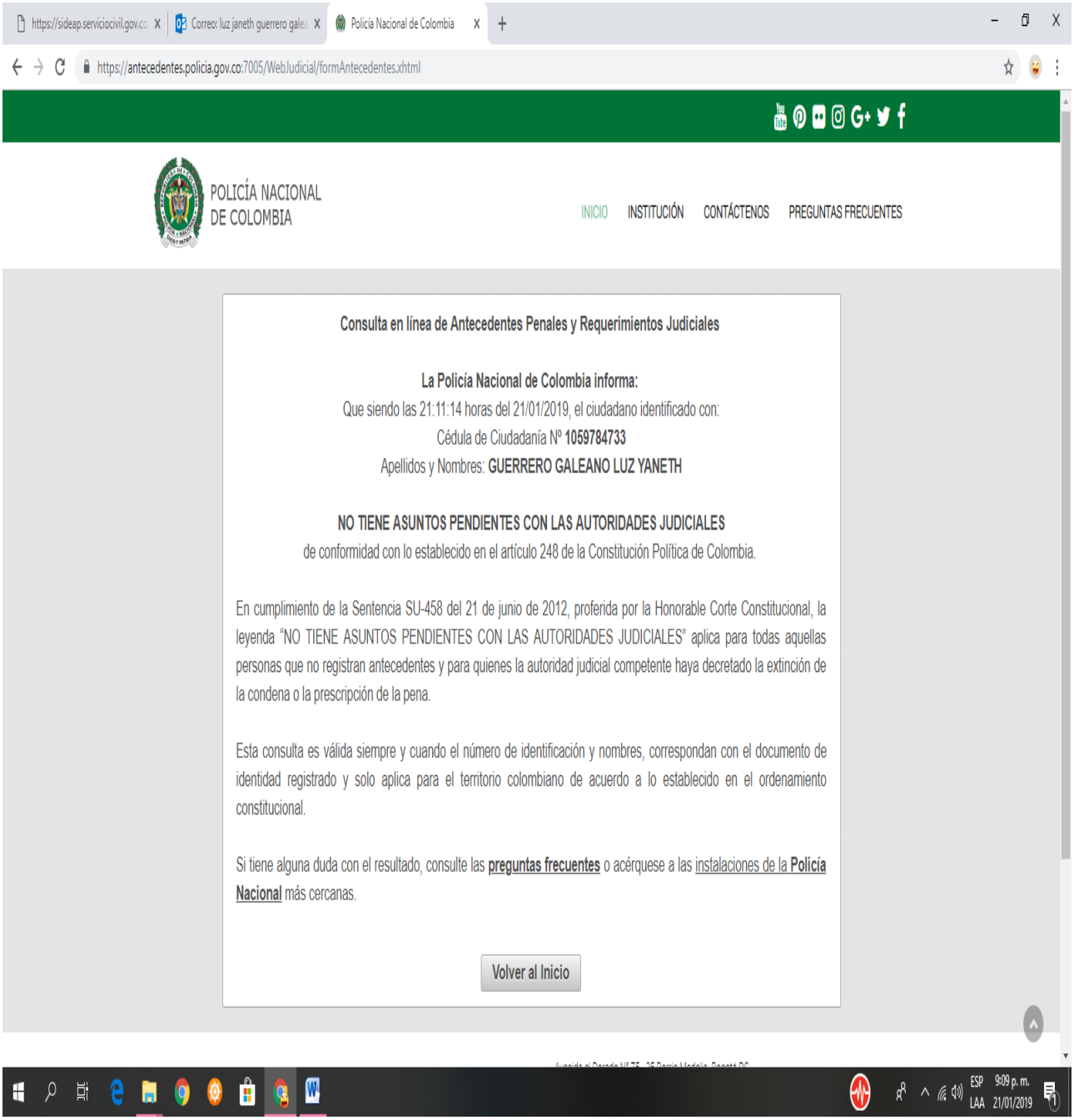
Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_FEP2Y_0421
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


https://sideap.serviciocivil.gov.co
Correo: luz janeth guerrero gale
Policía Nacional de Colombia
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 21:11:14 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1059784733
Apellidos y Nombres: GUERRERO GALEANO LUZ YANETH
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
ESP
LAA
9:09 p. m.
21/01/2019

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/12/22
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora LUZ YANETH GUERRERO GALEANO
con Cédula de Ciudadanía número 1059784733
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	008480338410
Fecha Apertura	2012/05/04

Cordialmente,

DAVIVIENDA
4917 OFICINA PUNTO 72

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7