





[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 13:09:59
KELLY JOHANNA GUZ...



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

<u>Nombre</u>	<u>Correo electrónico</u>	<u>Fecha de registro</u>	<u>Acceso a la cuenta</u>	<u>Última actualización de estado</u>	<u>Usuario</u>
KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO	kellyg.9204@gmail.com	14/12/2017 03:38:52 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	14/12/2017 03:44:43 PM ((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.



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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA



Última Actualización: 23-ene-2019

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GUZMAN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TINOCO	NOMBRES KELLY JOHANNA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023916015	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 5 MES ABR AÑO 1992 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DG 64 BIS A SUR 19 A 30 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3203671582 EMAIL kellygsubredcentrooriente@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2008

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	TECNICO AUXILIAR ENFERMERIA	12 2013	1023916015



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

ESTADÍSTICA DE PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-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
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTROORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2392180	DÍA 9 MES 5 AÑO 2017		DÍA 21 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
GESTORA DEL RIESGO	ESPACIO VIVIENDA	KR 12D 26A-62 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E SAN CRISTOBAL	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
301 4835042	DÍA 6 MES 10 AÑO 2015		DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	CL 22 SUR 8A 58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CRUZ ROJA COLOMBIANA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3173696087	DÍA 30 MES 7 AÑO 2014		DÍA 29 MES 7 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD OCUPACIONAL, APS	Av. 68 No 68B-31	

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	2	6
PRIVADO	0	11



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 Y CONTROL DEL EMPLEO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ene-2019

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	6

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Bogotá. 23/Enero/2019
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Kelly Guzmán
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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 23-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1023916015 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección DG 64 BIS A SUR 19 A 30

Teléfonos 3203671582 3203671582

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DIMAS GUZMAN ORTIZ	80365861	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	\$ 18.100.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.100.000,00

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	477100057900	GRAN ESTACION	\$ 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
-------------------	----------	-------

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Kelly Guzmán
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 23-ene-2019
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Ararcia II

Institución Educativa Distrital

Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
según Resolución N° 157 del 21 de enero de 2002.

Confiere a:

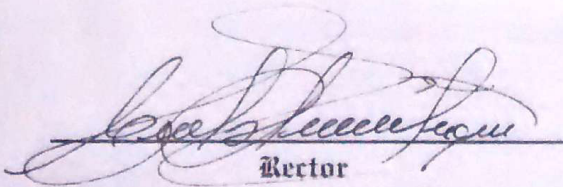
Kelly Johanna Guzmán Tinoco

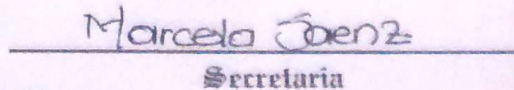
C.I. 920405-59258

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)
Según los planes y programas vigentes.


Rector


Secretaria

Anotado al folio 3 del libro para Control Interno de Diplomas No. 8

Dado en Bogotá D.C., a los 2 días del mes de diciembre de 2008.



No requiere Registro de la Secretaría de Educación,
según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994,
y 2150 del 5 de diciembre de 1995;
de la Presidencia de la República.



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

KELLY JOHANNA GUZMÁN TINOCO

C.C 1.023.916.015 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARÍA ACADÉMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 21 Días del Mes de Diciembre de 2013
Anotado en el Folio 13066 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 030

ACTA INDIVIDUAL N° 13066

En Bogotá D.C. a los 21 días del Mes de Diciembre del año 2013,
KELLY JOHANNA GUZMÁN TINOCO
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.023.916.015 De Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 13066 del Libro 05 del Registro de FUSDESA.



Lilia Taneeth Cicua Ramírez
LILIA TANEETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Rolando Gómez
NANCY ROLANDO GÓMEZ
SECRETARÍA ACADÉMICA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO



COLEGIO ACACIA II

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

CALLE 62 SUR N° 19B-42

TELÉFONO: 790 7093

BOGOTÁ D.C.

Inscripción Dane: 111001035572

ICFES: 105098

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 2 días del mes de diciembre de 2008, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO ACACIA II (I.E.D.)**, Institución aprobada en el nivel de Educación Básica Secundaria y Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO**; según Resolución N° 157 del 21 de enero de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO**; al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

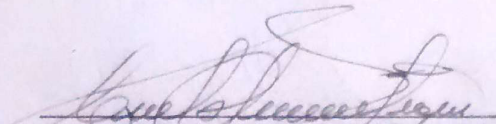
Kelly Johanna Guzmán Tinoco

T.I. 920405-59258

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 07 del 2 de diciembre de 2008, consta de 157 estudiantes; comienza con el nombre de AGUDELO RUIZ EDWAR JAIR y termina con el nombre de VILLAMIL AVENDAÑO MAYERLY JOHANA. Firmada por Lic. CARLOS JULIO AMORTEGUI MATALLANA (Rector) y MARCELA SÁENZ GARAY (Secretaria).

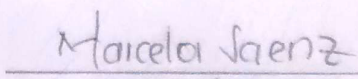
Dada en Bogotá D.C., a los 2 días del mes de diciembre de 2008.

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.


Lic. CARLOS JULIO AMORTEGUI MATALLANA

C.C. 19.189.131 de Bogotá.

Rector



MARCELA SÁENZ GARAY

C.C. 52.769.587 de Bogotá.

Secretaria

American Editorial Ltda. Tel. 417 0531 Bta-Col.

Ag - 03

Bogotá D.C 23/Enero/2019

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Kelly Johanna Guzmán Tinoco 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:

Técnico Laboral Por Competencias Auxiliar de Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Kelly Guzmán

No. de documento: 1023916015

Tarjeta profesional No: 1023916015

Dirección de contacto: DE 64 BIS A SUR 19A 30

Teléfono: 3203671582

Naturaleza:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Número de contrato:	PS 3365 2018
Contratante:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Contratista:	KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO
Identificación:	1.023.916.015
Objeto:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Plazo de ejecución:	DOS (2) MESES
Valor:	TRES MILLONES PESOS M/CTE (\$3.000.000)
Modalidad de contratación:	CONTRATACIÓN DIRECTA

Entre los suscritos a saber, por una parte, **MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.837.463 de Bogotá, D.C., en su calidad de **GERENTE** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, con Nit. 900959051-7, de conformidad con el Decreto No. 158 del cinco (05) de abril de dos mil diecisiete (2017) expedido por el alcalde Mayor de Bogotá D.C., quien para los efectos del presente documento de aquí en adelante se denominará la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**, y **KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.023.916.015, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento de aquí en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, previas las siguientes consideraciones: **1)** Mediante Acuerdo No. 641 de Abril 06 de 2016, expedido por el Concejo de Bogotá, D.C. se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá Distrito Capital, se modifica el Acuerdo No. 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. **2)** Que el Acuerdo en mención, tiene por objeto efectuar la reorganización del Sector Salud en el Distrito Capital, definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual determinó la fusión de algunas entidades y la creación de otras. **3)** Que el acuerdo No. 641 de 2016 fusionó, entre otras, las Empresas Sociales del Estado Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara en la Empresa Social del Estado denominada Subred Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. **4)** Que cada una de las cuatro Empresas Sociales del Estado producto de la fusión, esto es, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E y Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, prestarán servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad y se articulan en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital. **5)** Que el Acuerdo No. 641 de 2016, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas. **6)** Que el Distrito Capital, adopto el Plan de Desarrollo "Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016- 2020", mediante Acuerdo 645 del 09 de junio de 2016 del Concejo de Bogotá D.C. "BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS", el cual se estructura a partir de tres pilares y cuatro ejes transversales. **7.)** Que la ejecución de las acciones en el marco de la salud urbana se abordará en cuatro espacios (vivienda, trabajo educativo y público) y cuatro procesos transversales (Gobernanza para la salud y calidad de vida, Gestión de Programas de interés en Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública y Salud Ambiental y Sanitaria) **8.)** Que, en concordancia con lo anterior, previo agotamiento de los trámites precontractuales adelantados por El Fondo Financiero Distrital de Salud- Secretaría Distrital de Salud, se determinó la necesidad de garantizar la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital. **9.)** Que como resultado del proceso precontractual adelantado, el Fondo Financiero Distrital de Salud suscribió el Contrato Interadministrativo No. 0083 de 2017 con la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. con el objeto de: "Realizar actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital en concordancia con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Plan Territorial en Salud, de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población en la ciudad, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y ambiental y gestión de la salud pública." **10.)** Que, a efectos de ejecutar el objeto antes mencionado, se tendrán en cuenta los criterios generales contenidos en los anexos técnicos: No.1 (Metas del proyecto de Inversión), No. 2 (Plan Programático y Presupuestal) No.3 (Lineamientos técnicos para la operación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas) No.4. (Componentes del costo) No.5. (Criterios de facturación y glosas) No.6. (Análisis económico del sector) No.7. (Matriz de Riesgos) los cuales se ejecutarán a través de las Unidades de Prestación de Servicios de Salud que integra la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E conforme a su capacidad técnica y operativa. **11.)** Que, con el fin de dar cumplimiento a la Cláusula Tercera del Contrato Interadministrativo No. 0083 de 2017, la Subred verificó los perfiles de formación y experiencia establecidos en los anexos 3 y 4 frente al Talento Humano e Infraestructura del citado contrato Interadministrativo. **12.)** Que, de conformidad con lo estipulado en el artículo 9 numerales 9.2 y 9.2.4 del Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Acuerdo 027 de 2017, expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, se podrá contratar directamente con personas naturales, servicios profesionales y de apoyo a la gestión de la E.S.E, requeridas para la prestación de servicios de salud los cuales no pueden ser atendidos por personal de planta, bien porque no existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, o cuando el desarrollo de la actividad requiera un grado de especialización que implica la contratación del servicio, o cuando aun existiendo personal en la planta, éste no sea suficiente. **13.)** Que para poder ejecutar las actividades misionales contratadas por el Fondo Financiero Distrital de Salud – Secretaría Distrital de Salud, **LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E,** requiere contratar capital humano, el cual es insuficiente en su planta de personal. **14.)** Que, es necesario consignar que, de acuerdo con la demanda de servicios por parte de la ciudadanía en el marco de la ejecución del Contrato Interadministrativo No. 0083 de 2017, el contratista deberá cumplir con sus obligaciones contractuales dentro de los horarios comúnmente aceptados, pues es en estos horarios que se presenta la mencionada demanda de servicios. Al respecto por vía jurisprudencial se ha sostenido que "...entre contratante y contratista puede existir una relación de coordinación en sus actividades, de manera que el segundo se somete a las condiciones necesarias para el desarrollo eficiente de la actividad encomendada, lo cual incluye el cumplimiento de un horario, o el hecho de recibir una serie de instrucciones de sus superiores, o tener que reportar informes sobre sus resultados, pero ello no significa necesariamente la configuración de un elemento de subordinación". (Consejo De Estado Sala De Lo Contencioso Administrativo Sección Segunda - Subsección "A" Consejero Ponente: Dr. Jaime Moreno García Bogotá D.C., 22 de febrero de 2007 REF: EXP. No. 47001-23-31-000-1999-00248-01 No. Interno: 1837-04) En efecto, de conformidad con la sentencia de la Sala Plena del Consejo de Estado del 18 de noviembre de 2003, Rad. IJ-0039, M.-P. Nicolás Pájaro Peñaranda: "(...) si bien es cierto que la actividad del contratista puede ser igual a la de empleados de planta, no es menos evidente que ello puede deberse a que este personal no alcance para colmar la aspiración del servicio público; situación que hace imperiosa la contratación de personas ajenas a la entidad. Y si ello es así, resulta obvio que deben someterse a las pautas de ésta y a la forma como en ella se encuentran coordinadas las distintas actividades (...). En desarrollo del anterior postulado expuesto

REDES HUMANAS S.A.

NIT 830035650-1

CERTIFICA

La presente con el fin, de certificar que El (La) Señor (a) Guzman Tinoco Kelly Johanna identificado (a) con C.C No 1023916015 laboro en nuestra empresa usuaria CRUZ ROJA COLOMBIANA con contrato obra o labor determinada, desde el 30 de Julio de 2014 hasta el 29 de Julio de 2015. Desempeñando el cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Se expide a solicitud del interesado al día **28 de Julio de 2015**

Cordialmente,



**REDES
HUMANAS**
Servicios Temporales
Nit: 830.035.650-1

JULIAN RAMIREZ
Dpto de Contratación.

LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **KELLY JOHANNA TINOCO**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA N°1023916015 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes órdenes prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

No de Contrato	Valor	Fecha Inicial	Fecha Final
No Contrato 3347-2015	\$ 2,850,650	2015-10-06	2015-11-30
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA- TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
OBLIGACIONES: 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. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.			
No Contrato 3847-2015	\$ 1,554,900	2015-12-01	2015-12-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA- TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
OBLIGACIONES: 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. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.			
No Contrato 386-2016	\$ 1,554,900	2016-01-01	2016-01-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA- TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
OBLIGACIONES: 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. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.			
No Contrato 909-2016	\$ 310,980	2016-02-10	2016-02-15
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA- TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
OBLIGACIONES: 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. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.			
No Contrato 1148-2016	\$ 4,150,418	2016-02-16	2016-04-30
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA- TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			

Calle 22 Sur # 8A - 58
 Código postal: 110421
 Conmutador: 209 14 80 Fax: 278 39 80
www.esesancristobal.gov.co
 Info: Línea 195



GP-CER385677



CO-SC-CER385666



SC-CER-385666



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Para verificar la validez de este certificado ingresa a www.esesancristobal.gov.co/intranet/validar y digita este código: cgv0kf-vd#



E.S.E.
SAN
CRISTÓBAL

NIT. 800216538-0

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Técnico salud -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.

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 martes 19 de julio del 2016.

Cordialmente,

Virmary Angela Ortiz Herrera
Jefe Asesora Oficina Jurídica

Calle 22 Sur # 8A - 58
Código postal: 110421
Conmutador: 209 14 80 Fax: 278 39 80
www.esesancristobal.gov.co
Info: Línea 195



GP-CER385677



OO-SC-CER385666



SC-CER-385666



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Para verificar la validez de este certificado ingresa a www.esesancristobal.gov.co/intranet/validar y digita este código: cgv0kf-vd#

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.023.916.015**

GUZMAN TINOCO

APELLIDOS

KELLY JOHANNA

NOMBRES

Kelly Guzmán T.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

03-MAY-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00975970-F-1023916015-20180206

0059415736A 1

9903229395

Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal			001
2. Concepto: 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario: 14289533577	
		 <small>(415)7707212489984(8020) 0000014289533577</small>	
5. Número de identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 3 9 1 6 0 1 5 - 7		6. DV: 7	
12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico: (3 2)	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: 2 Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento: 1 3 Cédula de ciudadanía	
26. Número de identificación: 1 0 2 3 9 1 6 0 1 5		27. Fecha expedición: 2 0 1 0 0 5 0 3	
Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: 1 6 9	
29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido: GUZMAN		32. Segundo apellido: TINOCO	
33. Primer nombre: KELLY		34. Otros nombres: JOHANNA	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Dirección principal: DG 64 BIS A SUR 19 A 14	
42. Correo electrónico: kellyj1008@hotmail.com		43. Apartado aéreo:	
44. Teléfono 1: 7 1 7 1 3 7 6		45. Teléfono 2: 3 2 0 3 6 7 1 5 8 2	
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
46. Código: 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 1 2 2 1	
48. Código:		49. Fecha inicio actividad:	
50. Código: 1 2		51. Código:	
52. Número establecimientos:		53. Código: 2 0	
20- Obtención NIT:			
Usuarios aduaneros		Exportadores	
54. Código:		55. Forma:	
56. Tipo:		57. Modo:	
58. CPC:		59. CPC:	
Para uso exclusivo de la DIAN			
59. Anexos: SI ☒ NO ☐		60. No. de folios: 1	
61. Fecha: 2 0 1 4 0 4 2 3		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.	
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.		Firma autorizada:	
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013		984. Nombre: VALENCIA ZAPATA JOSE GILDARDO	
Firma del solicitante:		985. Cargo: Gestor I	

CONTRIBUYENTE CC 1023916015 KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO

Información

Dirección DG 64 BIS A SUR 19A 14
Teléfonos 7171376-3203671582
Dirección KELLYJ1008@HOTMAIL.COM
Fax

Información de

Fecha Inscripción 18/07/2016
Soporte Inscripción 20889978
Fecha Inicio Actividades 21/12/2013
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO
Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -
Fecha Inicio



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

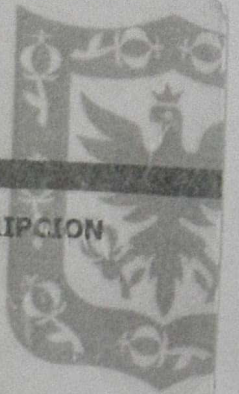
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

KELLY JOHANNA
GUZMAN TINOCO

C.C. 1023916015

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 01/04/2014





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 2719 de 03/03/2014

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1934 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA Identificado(a) con CC número 1023916015 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS "FUSDESA" el día 21/12/2013.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

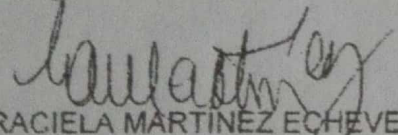
ARTICULO PRIMERO: autorizar a GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA identificado(a) con CC número 1023916015 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 03/03/2014


ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Int. As. - Andrea Casas Vargas
Elaboro - Victor Sánchez

Bogotá, D.C. 04/Abril/2014
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Kelly Guzmán Tinoco
CC. # 1023916015

Firma Kelly Guzmán

Cra. 32 No. 12-81
Tel: 364 0000
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 165



BOGOTÁ
HUMANIA

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1023916015

Primer Nombre *

KELLY

Primer Apellido *

GUZMAN

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1023916015	KELLY	JOHANNA	GUZMAN	TINOCO	Ver

Información Detallada [CC: 1023916015] KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO

Información Académica

Tipo Programa	Origen Título	Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local		Auxiliar de enfermería	2014/3/03	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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 REFERENCIAL	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. DOSIS	03514001	10 SEP 2011	TANIA SALUD NRE. REG. TALA. PMS 3
	2a. DOSIS	03329001	02 OCT 2011	TANIA SALUD NRE. REG. TALA. PMS 3
	3a. DOSIS	03514001B	25 NOV 2011	TANIA SALUD NRE. REG. TALA. PMS 3
	4a. DOSIS	ESK 03514001B	05 OCT. 2015	TANIA SALUD NRE. REG. TALA. PMS 3
HEPATITIS A	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			

Tania Salud



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
 NIT: 900174965-3
 CODIGO DE PRESTADOR 110011779801

NOMBRE: Kelly Johanna Gozman Tinoco

DOCUMENTO: 102391605

TELÉFONO:

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 26/04/2017 15:33:48
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
NOMBRE Y APELLIDO: KELLY GUZMAN C.C 1023916015
EDAD 25 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒	Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒
Visiometría ☐	Glic ☐ Col ☐ Triglí ☐ Otros ☐
Audiometría ☐	Cuales
Espirometría ☐	Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR
NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES
CONTROL EPS NUTRICION- USO EPP

EXÁMEN PERIÓDICO
Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐
EXÁMEN DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Kelly Guzman

FIRMA DEL PACIENTE



Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.
FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

FECHA: 23/04/19 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá

Distiguado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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
Guzmán	Tinoco	Kelly	Johanna
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1023916015	Bogotá	2010/05/03
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
05/04/1992	Bogotá	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASA ☐ DIVOR ☐ DO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	3203671582

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNICO ☐ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL: Auxiliarde Enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
DGG4BISA50R19A14	Bogotá	Bogotá	Colombia	
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Kellyj1008@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
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	CUAL: <input type="text"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒
		ICA	SI ☒ NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

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 destinarán a actividades lícitas.
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 vincula (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 mí 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.

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>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</div>	<div>CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</div>
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>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</p> <p>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN 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		
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
AUTORIZACIÓN		
<p>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.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p>		
<p>3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecoolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.</p> <p>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</p> <p>5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.</p> <p>6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p>		
<p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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 mí.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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 (<u>Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlatf@subredcentrooriente.gov.co</u>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(<u>INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO</u>).</p> <p>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 términos que nos fueron informados en el presente documento.</p> <p>NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".</p>		

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

Kelly Guzmán

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:		

Bogotá, Mayo 31 de 2018

Señora:
GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA
CC. 1023916015 DG 64 BISA SUR NUMERO 19A 14 - 7171376
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 1 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA	1023916015	C	May-1-2017	95	34	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO	1023916015	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

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



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,023,916,015**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 31 días del mes de Mayo de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1023916015

Numero de Documento

Bolivar

ARL

Kelly

Primer Nombre

Johanna

Segundo Nombre

Guzmán

Primer Apellido

tinoco

Segundo Apellido

05/04/1992

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

DG 64815 ASUR 19130

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Salud total

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 1'550.000

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Kellygsubredcentroorientegmail.com

Correo Electrónico

3203671582

Celular

Kelly Guzmán.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121025191



WEB

20:34:03

Hoja 1 de 01

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) KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023916015:

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.

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 20:27:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023916015
Código de Verificación	1023916015190121202711

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 20:30 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) **KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL QUINCE** de BOGOTÁ D.C.

1023916015

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 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1_9GLSX_3020**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 20:25:40 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1023916015

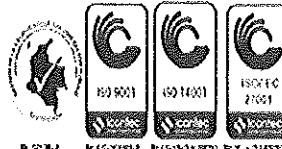
Apellidos y Nombres: GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA

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.



Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm
y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia



Ministerio de



Portal Único



Gobierno en



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2015/09/29

Por medio de la presente hacemos constar que la señora KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO
con Cédula de Ciudadanía número 1023916015
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 477100057900
Fecha Apertura 2014/03/05

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1 Rev. IV - 06