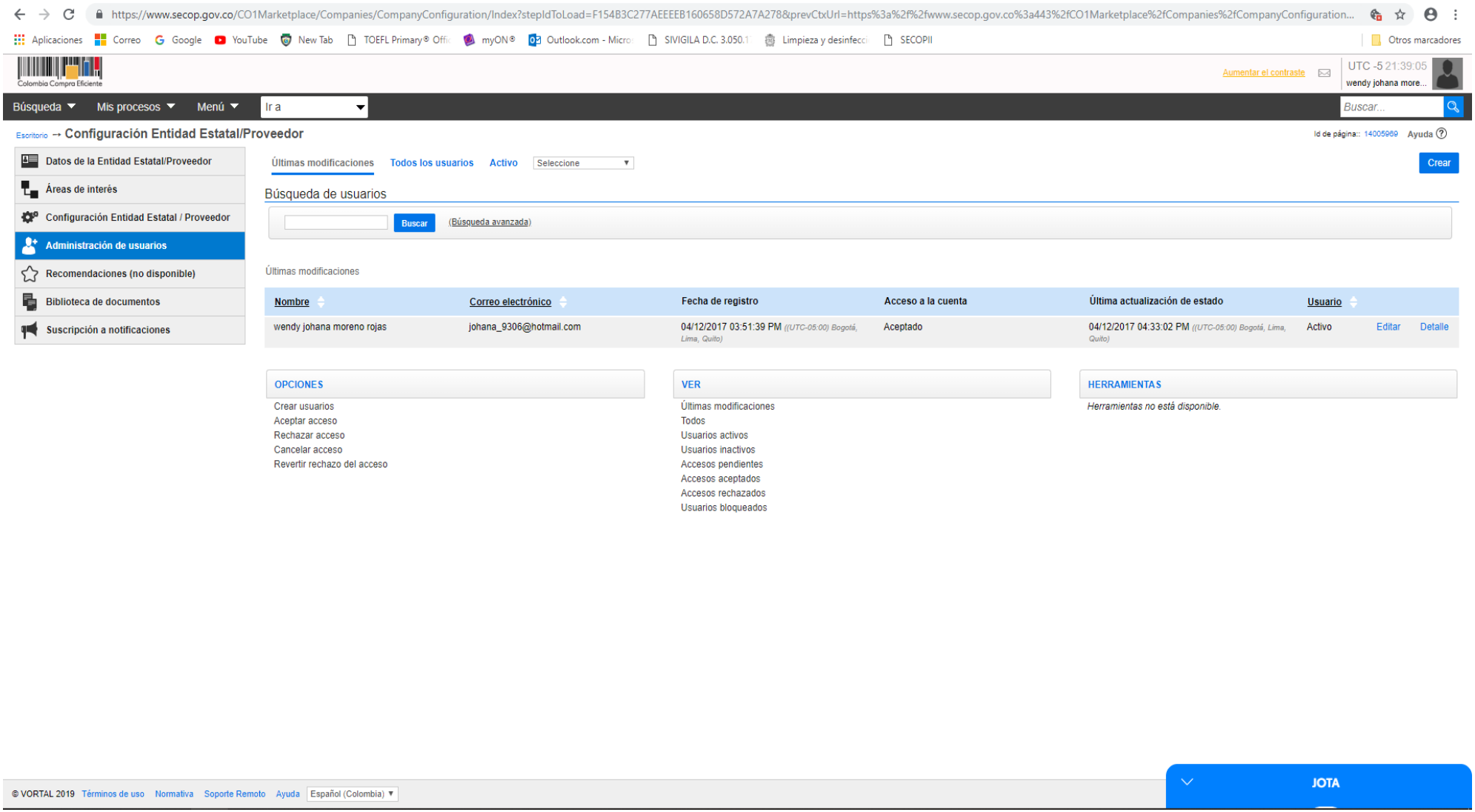

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1Marketplace%2fCompanies%2fCompanyConfiguration...
Aplicaciones
Correo
Google
YouTube
New Tab
TOEFL Primary® Offi
myON®
Outlook.com - Micro
SIVIGILA D.C. 3.050.1
Limpieza y desinfecci
SECOPII
Otros marcadores
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 21:39:05
wendy johana more...
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
wendy johana moreno rojas
johana_9306@hotmail.com
04/12/2017 03:51:39 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
04/12/2017 04:33:02 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.
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA

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: 23-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MORENO	ROJAS	WENDY JOHANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030626918

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES JUN AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

kr 50 29 31 Sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4789787

EMAIL johana_9306@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 JULIO AÑO 2011
										X	

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: 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: SUBRED CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 7 MES 5 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	*DEPENDENCIA*: VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL	*DIRECCIÓN*: DG 34 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED SUR OCCIDENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 0000000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 5 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 3 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	*DEPENDENCIA*: VIGILANCIA SANITARIA	*DIRECCIÓN*: UPA ZONA FRANCA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL USME	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 0000000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 2 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	*DEPENDENCIA*: VIGILANCIA SANITARIA	*DIRECCIÓN*: UPA MARICHUELA	

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: 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 SUBRED SUR	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 0000000	*FECHA DE INGRESO* DIA 10 MES 11 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* VIGILANCIA SANITARIA		*DIRECCIÓN* UPA MARICHUELA

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	7
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	8
TOTAL	2	10

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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: 23-ene-2019

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

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, WENDY JOHANA MORENO ROJAS
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030626918 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección kr 50 29 31 Sur **Teléfonos** 3214702533 4789787

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Maria Consuelo Rojas	51736123	MADRE

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	$ 10.850.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 10.850.000,00

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	0570007590385188	kennedy	$ 4.000,00

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

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

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 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

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA

CORPORACION CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD

EDUSALUD

INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Autorización Oficial expedida por la Secretaria de Educación de Bogotá según Resoluciones
2540 de 1.997, 13049 de 2.011 y 13046 de 2012
Aprobación del Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud según
Acuerdos Ejecutivos:
0100 de 2.010 y 0165 de 2.010 M.P.S.

Teniendo en cuenta que:

Wendy Johana Moreno Rojas

C.C. **1.030.626.918** Expedida en **Bogotá**

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios en el área de **Ciencias del Ambiente** le confiere el presente

Certificado de Aptitud Ocupacional como:

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN SANIDAD AMBIENTAL

CON UNA INTENSIDAD DE **1.600** HORAS ACADÉMICAS

EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE REFRENDA ESTE CERTIFICADO POR LAS AUTORIDADES ACADÉMICAS EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. A LOS **31 DIAS** DE **OCTUBRE** DE **2014**

Rector

Coordinador Académico

ACTA GENERAL DE GRADUACION No. 236

En la Rectoría de la **CORPORACION CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD – EDUSALUD,** el día 31 de Octubre del año 2014 se llevó a cabo la certificación del(la) alumno(a):

WENDY JOHANA MORENO ROJAS
C.C. No. 1.030.626.918 de Bogotá

Acto que presidió el señor Rector en presencia del Director Académico de la Corporación, del(la) alumno(a) y sus invitados.

En desarrollo del orden del día, el Director Académico hizo la presentación del (la) estudiante, atestiguó su aprobación y cumplimiento de los requisitos académicos y reglamentarios según las evaluaciones y calificaciones acreditadas en el registro académico del programa desarrollado, con una intensidad de 1600 horas.

En consecuencia, el señor Rector en representación de la Corporación, institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano, legalmente constituida y aprobada por las Resoluciones 1539 de 1994, 3029 de 1995, 2540 de 1997, 13049 de 2011 y 13046 de 2012 de la Secretaría de Educación Distrital y los Acuerdos 0100 de 2010 y 0165 de 2010 expedidos por el Ministerio de la Protección Social y autorizada para ofrecer programas de formación laboral y académica, le tomó el juramento al(la) alumno(a) y le otorgó el certificado de Aptitud Ocupacional como:

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN SANIDAD AMBIENTAL

Para constancia se firma en la cuidad de Bogotá D.C. a los 31 días del mes de Octubre de 2014.

MIGUEL ADOLFO ROA GAITAN
Rector

JOSE ISRAEL ROA MENDOZA
Director Académico

Bogotá D.C

Señores:

CORPORACION CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD - EDUSALUD

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Wendy Johana Moreno Rojas 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 LABORAL POR COMPETENCIAS EN SANIDAD AMBIENTAL_

Cordialmente;

WENDY JOHANA MORENO ROJAS

No. de documento: 1.030.626.918

Tarjeta profesional No: N/A_

Dirección de contacto: KR 50 29 31 SUR

Teléfono: 321 470 2533

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

CERTIFICACION N° 162

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

SE PERMITE INFORMAR QUE:

La señora **WENDY JOHANA MORENO ROJAS,** identificada con CC. Nº 1.030.626.918, presta sus servicios de manera personal y autónoma en el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
PS 3931 2018	07/05/2018	06/07/2018	$ 3.000.000
PS 5021 2018	09/07/2018	03/01/2019	$ 8.955.000

Contrato PS 3931 2018
OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos contenidos en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los paneles de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Contrato PS 5021 2018
OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. 6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 20 de septiembre de 2018

La presente certificación se expide con base en la información que se encuentra registrada en las Bases de Datos de las vigencias anteriores al 31 de marzo de 2016, transferidas por los antiguos Hospitales que

conforman la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.,** según las disposiciones del Decreto No. 029 de 2015 que reglamenta el proceso de entrega y/o transferencia de los archivos públicos de las entidades que se suprimen, fusionen, privaticen o liquiden; y que desarrolla el artículo 20 de la Ley 594 de 2000 y el artículo 39 del Decreto Ley 254 de 2000, y con la información de las bases de datos de la Subred a partir del 1 de abril de 2016.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Reviso: Luz Helena Hernández Palacios/ Profesional Especializado

Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES	SIG

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fue fusionado en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran el área jurídica, se constata que el señor(a) MORENO ROJAS WENDY JOHONA identificado con Cédula No, 1030626918 suscribió, la orden de servicio que se relaciona más adelante,

Contrato	Tipo	Perfil	Duración	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad	*RF*
2300	PRINCIPAL	DIGITADOR(A)	VEINTINUEVE (29) DIAS CALENDARIO	03/10/2012	31/10/2012	966.666	H.SUR	*3143*
396	PRINCIPAL	DIGITADOR(A)	DOS (2) MESES	01/01/2013	28/02/2013	1.700.000	H.SUR	*3656*
890	PRINCIPAL	DIGITADOR(A)	UN (1) MES	01/03/2013	31/03/2013	1.009.480	H.SUR	*4255*
1358	PRINCIPAL	DIGITADOR(A)	DOS(2) MESES	01/04/2013	31/05/2013	2.018.960	H.SUR	*4729*
2335	PRINCIPAL	DIGITADOR(A)	VEINTISIETE (27) DIAS CALENDARIO	04/06/2013	30/06/2013	908.532	H.SUR	*5913*
2766	PRINCIPAL	DIGITADOR(A)	TREINTA(30) DIAS CALENDARIO Y UN MES	02/07/2013	31/08/2013	2.018.960	H.SUR	*6313*
3739	PRINCIPAL	DIGITADOR(A)	VEINTINUEVE (29) DIAS CALENDARIO	02/09/2013	30/09/2013	1.100.000	H.SUR	*7523*
4329	PRINCIPAL	DIGITADOR(A)	UN(1) MES	01/10/2013	31/10/2013	1.100.000	H.SUR	*8077*
4914	PRINCIPAL	DIGITADOR(A)	DOS (2) MESES	01/11/2013	31/12/2013	2.200.000	H.SUR	*8649*
231	PRINCIPAL	DIGITADOR(A)	TREINTA (30) DIAS CALENDARIO Y UN (1) MES	02/01/2014	28/02/2014	2.200.000	H.SUR	*9826*
231	ADICIONY PRORROGA	DIGITADOR(A)	DOS(2) MESES	01/03/2014	30/04/2014	2.200.000	H.SUR	*10918*
OPS 3-4487 2017	PRINCIPAL	TECNICO AMBIENTAL	1 mes 15 dias	15/05/2017	30/06/2017	885.333	H.SUR	*139985*
SO-0487	PRICIPAL	TECNICO AMBIENTAL	UN (1) MES 30 DIAS	01/07/2017	31/08/2017	1.550.000	SUBRED	*135573*
SO-5009	PRINCIPAL	TECNICO AMBIENTAL	1 MES 15 DIAS	15/12/2017	31/01/2018	3.100.000	SUBRED	*139986*
0838	*PRINCIPAL*	*TECNICO AMBIENTAL*	*1 MES 30 DIAS*	*01/02/2018*	*31/03/2018*	*3.226.790*	*SUBRED*	*139987*

Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES	SIG

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Las órdenes relacionadas anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia de la información registrada en la base de datos a solicitud del interesado a los diecisiete (17)dias del mes de abril de 2018, no tiene fecha de expiración.

Atentamente,

Cordialmente,

MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACION

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de, **MORENO ROJAS WENDY JOHANA**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No 1.030.626.918**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
No. 1475 de 2014	10 de Noviembre de 2014	31 de diciembre de 2014	TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	2.464.402	USME
No. 382 de 2015	1 de Enero de 2015	28 de febrero de 2016	TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	20.043.338	USME
No. 728 de 2016	2 de Marzo de 2016	31 de julio de 2016	TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	7.840.668	USME
006998 DE 2016	1 de septiembre de 2016	31 de diciembre de 2016	TECNICO EN SANEAMIENTO	$5.600.000	SUBRED SUR
000447 DE 2017	2 de enero de 2017	15 de abril de 2017	TECNICO AMBIENTAL	$4.900.000	SUBRED SUR

ACTIVIDADES TECNICO AMBIENTAL

a) implementar los procesos asignados como Técnico Ambiental con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidos en los planes de acción. b) Apoyar los procesos del componente o respuesta integradora según requerimiento del coordinador del componente o respuesta integradora. c) Desarrollar las actividades asignadas en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejoramiento. d) Entregar de manera oportuna cronogramas de actividades, productos e informes según indicaciones técnicas. e) dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud. f) Presentar los productos cumpliendo con atributos de calidad, oportunidad y veracidad. g) realizar la revisión de los lineamientos técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos. h) Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental. i) Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos. j) Activación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento y/o Grupo de Riesgo prioritario (A servicios sociales y de salud de acuerdo al riesgo identificado) para el acceso efectivo a la red prestadora de servicios sociales y de salud. k) Notificación de eventos de interés en salud pública como aporte al análisis de situación de salud a nivel Distrital, red de servicios de salud y local. l) Establecer prioridades y acuerdos para la formulación de la propuesta de planificación de los cuidados. m) Desarrollar acciones de mantenimiento y promoción de la salud colectiva y familiar para la transformación y fomento de capacidades en estilos, condiciones y modos de vida saludables en concordancia con el plan familiar que favorezcan la salud. (Promoción del auto cuidado y prevención del riesgo).

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica 7428585 Ext. 1153. Código de Verificación FM=OR; 0?:

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE a los Diez (10) días del mes de mayo del 2017**

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Leidy Paola Henao Arcila	Técnico Administrativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.626.918**
MORENO ROJAS

APELLIDOS
WENDY JOHANA

NOMBRES

W. Johana Moreno R.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUN-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

06-JUL-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00315361-F-1030626918-20110719 **0027**69612A 1 36846491

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14319635964

(415)7707212489984(8020) 000001431963596 4

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

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	ROJAS	WENDY	JOHANA

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 principal
CR 50 29 31

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
johana_9306@hotmail.com		4 7 8 9 7 8 7	3 1 0 2 9 1 9 6 8 8

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 2 9 9	2 0 1 2 0 8 1 7	3 9 0 0	2 0 1 4 1 1 0 1	7 4 9 0			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 1 1 0 6

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

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

984. Nombre ORTIZ TOVAR ANGIE LORENA
985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 11-04-2017 09:50:55PM

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 06-11-2014
Hora: 2:34:23 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1030626918-3 WENDY JOHANA MORENO ROJAS

Información

Dirección KR 50 29 31

Teléfonos 4789787 /

Dirección electrónica johana_9306@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 17/08/2012

Soporte Inscripción 14454745

Fecha Inicio Actividades 17/08/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: 39002-ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL Y OTROS SERVICIOS DE GESTION DE DESECHOS PRESTADOS POR CONTRATISTAS DE CONSTRUCCION, CONSTRUCTORES Y

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BO OTÁ HUMANA

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

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: Johana

Apellidos: Moreno Rojas

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1030626918

Fecha de Nacimiento: Día 18 Mes 06 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	13/9/10	20906.	Hosur
	2	24/10/10	20610	Hosur.
	3	18/11/11	03210013	HS.
	R	20-12-12	04311 0037.	HSUR

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla			Lote: J004479 Vencimiento: 12092015	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano	①	19/09/13		Hsur.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	07-01-19	C128W13007	SR CO
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	WENDY JOHANA MORENO ROJAS		
Tipo de Documento:	CC **Documento** 1030626918		
Sexo F **F. Nacimiento:**	18/06/1993	**Edad:**	23 Años
Entidad:	PARTICULAR/SUR	**Cargo:**	TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL
Centro de Costo:	N/A		
Fecha y Hora entrega resultados:	09/05/2017 2.16 PM		

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JOSE ALEJANDRO RODRIGUEZ MEDINA RM: 7241/2016

Dr. Alejandro Rodriguez Medina
R. MD. 11910/1987
Esp. Salud Ocupacional
Res. 7241/2016

Firma y sello del Médico Evaluador

WENDY JOHANA MORENO ROJAS
1030626918
C.C
Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.:(+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.:(+1) 447 0058 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels.:(+1) 4148397 – 260 64

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels. 805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 0325 – 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 – Oficina 406

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 28 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 29B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

ISO 9001:2008
BUREAU VERITAS
Certification
CO15.00031

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 0956 – 382 7337

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

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

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

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

FECHA:	2019-01-22	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORENO	ROJAS	WENDY	JOHANA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1030626918	BOGOTA	2014-07-06
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	C			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1993-06-18	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	NO	0	321 470 2533

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 50 29 31 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	4789787

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
johana_9306@hotmail.com	NO	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
NO	NO	NO	NO	NO

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:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

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 ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	8299	3900
		NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [x]	SI [ ] NO [x]	SUBRED INTEGRADA DE SERVIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT	900.959.051-7
GOBIERNO [ ]	COMERCIAL [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]				
EXPORTACIONES [ ]	AGRICOLA [ ]	ENERGETICA [ ]	FINANCIERA [ ]	ANSPORTE [ ]	NOLOGIA [ ]	MENTOS	MI AMENTOS [ ]
OTRA	CUAL:						

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 5 43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	FECHA VINCULACION	2018-05-06

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 1.550.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 1.550.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 1.550.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 1.550.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 0**	TOTAL PASIVOS	**$ 0**

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VELASQUEZ	CASTRO	ILVAR	DARIO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KR 50 29 05	BOGOTA	LABORAL	3046028605

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	570007590385188	KENNEDY	9800800

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

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL

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

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) días, 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 artículo 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 requeriría 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 comerciáls, 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 prestacón 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, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío 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 podrán 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 externos, 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 Título I de la Circular Básica Jurídica 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 sarlaft@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 - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

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 Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) WENDY JOHANA MORENO ROJAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.030.626.918 , se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa WENDY JOHANA MORENO ROJAS NIT , en calidad de INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 dias del mes de Enero de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
8772395

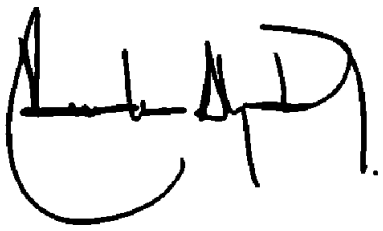
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **WENDY JOHANA MORENO ROJAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,030,626,918**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Enero de 2019.



_____
Gerente de Clientes

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

1030626918	BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

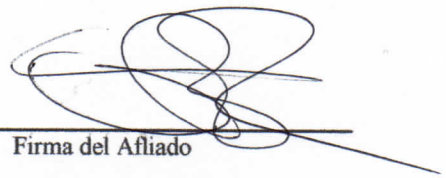
WENDY	JOHANA	MORENO	ROJAS
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

18/06/1993	BOGOTA	KR 50 29 31 SUR	4789787
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COMPENSAR	PORVENIR	$1.550.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

johana_9306@hotmail.com	321 470 2533
Correo Electrónico	Celular



Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121118084

WEB
20:56:58

Bogotá DC, 22 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) WENDY JOHANA MORENO ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030626918:

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 martes 22 de enero de 2019, a las 20:58:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030626918
Código de Verificación	1030626918190122205833

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. 2717792

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2019 - 20:59 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) **WENDY JOHANA MORENO ROJAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA MILLONES SEISCIENTOS VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO** de BOGOTA D.C.

1030626918

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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_ZQVE7_5920
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

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 21:02:50 horas del 22/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1030626918**
Apellidos y Nombres: **MORENO ROJAS WENDY JOHANA**

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **22/01/2019**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor WENDY JOHANA MORENO ROJAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1030626918**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570007590385188**
Fecha de apertura	**16/10/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA