

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 15:48:31
INGRID DAIHANNA G...

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		
INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA	dayis.godoy1226@gmail.com	7 minutos de tiempo transcurrido *(30/08/2020 3:40:58 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	1 minuto de tiempo transcurrido *(30/08/2020 3:47:25 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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-feb-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GODOY	PERILLA	INGRID DAIHANNA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1013603767

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES ABR AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 26B 32 20 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6557283

EMAIL dayis.godoy1226@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER TECNICO EN INFORMATICA
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2005
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
TECNICO AUXILIAR DE ENEFERMERIA	INGABO	2008	1800

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 2.0

Última Actualización: 16-feb-2021

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*
IMEVI SALUD VISUAL INTEGRAL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.imevi.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7462749	DIA 18 MES 6 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE CONSULTORIO	CONSULTA EXTERNA	AVENIDA SUBA No 115-27

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*
Privada	2	7
Pública	0	0
Total	2	7

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 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

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 PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-ago-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1013603767 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección cra 26B 32 20 SUR **Teléfonos** 3007987214 6557283

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ASHLEY NICOLLE SANCHEZ GODOY	1025555122	Hijo(a)

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	$ 7.200.000,00
HONORARIOS	$ 10.800.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco AV Villas	Cuenta de ahorros	052890907	SUBA	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
FINCOMERCIO	PRESTAMO LIBRE INVERSION	$ 1.564.331,00

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)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-ago-2020

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
WILMAR LEONARDO SANCHEZ PLAZAS	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	80071216

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

Wilmar Leonardo Sanchez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 30-ago-2020

CIUDAD Y FECHA

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 16 de 02 de 2021.

Cordialmente,

Daihana Godoy
C.C. 1013603767 Btá

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

llevar a cabo todas mis labores asignadas, cumplir con mi horario laboral y entregar todo de mi para hacer un excelente trabajo

Nombre: Ingrid Catherine Goday Peilla

Documento: 1013603767

Cargo: Auxiliar de enfermería.

Fecha: _____

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

La Institución Educativa Distrital El Libertador

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Autorizada por la Secretaria de Educación Distrital
según Resolución 2198 de Agosto 27 de 2002

Confiere a:

Godoy Perilla Ingrid Daihanna

T.I. No. 89041352338 de Santafé de Bogotá

El Título de

Bachiller Técnico en Informática

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

Héctor Julio Cortés Hernández
C.C. 19´160.360 de Bogotá
Rector

María de Jesús Parra Serrano
C.C. 51´559.841 de Bogotá
Secretaria

Según Libro 01 Folio No. 21 con Acta No. 10 de Noviembre 25 de 2005.

Dado en Bogotá, D.C. al primer (1) día del mes de Diciembre de 2005

No requiere registro de secretaria de Educación, según decretos 921 del 6 de Mayo de 1.994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1.995 de la República de Colombia

LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "EL LIBERTADOR"

Autorizada por la Secretaria de Educación Distrital según Resolución 2498 del 27 de Agosto de 2002

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre del año 2005 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los Suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la I. E. D. EL LIBERTADOR. Institución aprobada hasta el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad TECNICO EN INFORMATICA, según Resolución No. 2498 del 27 de Agosto 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, se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER TECNICO EN INFORMATICA

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

GODOY PERILLA INGRID DAIHANNA

T.I. No. 89041352338 de SANTAFE DE BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta original general de grado No. 10 Folio No. 21 de fecha Noviembre 25 de 2005 que consta de 108 estudiantes que comienza con el nombre de Acosta Rodríguez Luz Angela y cierra con el nombre de Zubieta Benavides Carlos Andrés.

Dado en Bogotá, D.C., a l primer (1) día del mes de Diciembre de 2.005.

No se requiere registro de la Secretaría de Educación , Decreto 921 del 6 Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, del Gobierno Nacional.

Héctor Julio Cortés Hernández
C.C. 19´160.360 de Bogotá
Rector

María de Jesús Parra Sornoza
C.C. 51´559.841 de Bogotá
Secretaria

República de Colombia

INSTITUTO DE EDUCACION INGABO Ltda

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con autorización oficial según Acuerdo 25 del 4 de Marzo de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de julio de 1998 de Minsalud y la Resolución No.300 del 8 de febrero de 1999, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C. Resolución 3065 del 19 de julio de 2005 Acuerdo No. 6 del 4 de Noviembre de 2004 Min. Protección Social. acuerdo 62/27 de Octubre 2005 - Resoluciones 750/2007 y 5190/16 de diciembre /2005

Certifica:

Que: **Ingrid Dahiana Godoy Perilla**

C. C **1.013.603.767 DE BOGOTA**

Realizó Prácticas de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

En **SAN BLAS / CARMEN**

Duración **600 Horas**

Rosa Amelia Rodríguez

Directora

BOGOTÁ, 4 DE DICIEMBRE DE 2008

Ciudad y Fecha de Expedición

INGABO
INSTITUTO

Instituto de Educación Ingabo Ltda

Con autorización oficial según Acuerdo 25 del 4 de Marzo de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de julio de 1998 de Minsalud y la Resolución No.300 del 8 de febrero de 1999, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C. Resolución 3065 del 19 de julio de 2003 acuerdo No. 6 del 4 de Noviembre de 2004 - Resolución 0011 de febrero 03 de 2005 Acuerdo 02 de Octubre /05. Resoluciones 730/27/07 5190 dic 16/2005

Acta Individual de Certificación de Técnico Laboral

Registro 27 Folio 5 Libro 3

En la Ciudad de Bogotá a los Treinta y un (31) días del mes de Octubre del año 2.008, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de **TÉCNICO LABORAL**, con una duración de 1860 (horas) quien cursó y culminó satisfactoriamente el Programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

Ingrid Dahiana Godoy Perilla
C.C. N° **1.013.603.767** de BOGOTA

Es fiel copia del Acta Original General N°. 24 de fecha 31 de Octubre de 2.008, que consta de 77 alumnos que comienzan con el nombre de **María Yuri Achury Palma** y se cierra con el nombre de **Cindy Yurany Zarate Mendoza** firmado por:

Rosa Aurelia Rada Mora
ROSA A. RADA MORA
DIRECTORA
C.C. No. 39.716.620 de Bogotá

Gertrudis Avellaneda
MARIA GERTRUDIS AVELLANEDA
SECRETARIA GENERAL
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los **17** días del mes de **Mayo** de **2003**

Bogotá D.C

Señores:

INGABO

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo. Ingrid Daihanna Godoy Perilla 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 en Auxiliar de enfermeria.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Daihana Godoy.

No. de documento: 1013603767.

Tarjeta profesional No: 1013603767.

Dirección de contacto: Cra 26b #32-20 Sur

Teléfono: 6557283 - 3007497214.

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA, identificado(a) con CC. No. 1013603767, prestó sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 6152 2020	22/09/2020	31/12/2020	$7.363.403

Contrato PS 6152 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

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 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. Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 13 de Febrero de 2021.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



MARY ISABEL CORREA GALLARDO
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.603.767**

GODOY PERILLA
APELLIDOS

INGRID DAIHANNA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-ABR-1989**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ABR-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500115-47160472-F-1013603767-20070625 **02708** 07176N 02 238407750

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14707056113

(415)7707212489984(8020) 000001470705611 3

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 3 6 0 3 7 6 7	2 0 0 7 0 4 1 7

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
GODOY	PERILLA	INGRID	DAIHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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 26 B 32 20 SUR

42. Correo electrónico: dayis.godoy1226@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 7 9 8 7 2 1 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 0 0 8 3 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
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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

Exportadores				
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2020 - 08 - 30 / 17 : 44: 50

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre GODOY PERILLA INGRID DAIHANNA
985. Cargo Contribuyente

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:02/09/2020

CONTRIBUYENTE	C.C. 1013603767	INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 26B 32 20 SUR Teléfonos:

Dirección electrónica: dayis.godoy1226@gmaill.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 31/08/2020 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

INGRID DAIHANNA
GODOY PERILLA

C.C. 1013603767

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 15/03/2010

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 11104 *de* 13/11/2009

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 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) GODOY PERILLA INGRID DAIHANNA Identificado(a) con CC número 1013603767 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 04/12/2008 y registrado en el libro 3 Folio 27 año 2008
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 GODOY PERILLA INGRID DAIHANNA identificado(a) con CC número 1013603767 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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 CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 13/11/2009

HERMAN REDONDO GÓMEZ.
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Yudy Rodrigo

Bogotá, D.C 3 MAYO 2010
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) DAIHANA GODOY.
CC. # 1.013.603.767 BTO
Firma DAIHANA GODOY

sulta de Profesionales y Auxiliares de la Salud con Autorización de
profesión.

Consulta de autorización del ejercicio

de la profesión y ocupación del talento humano en

Salud



--- Tipo Documento ---

Nro Identificacion

Q Consultar

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Según Resolución Nro 11104 del 13 de noviembre de 2009 - Lugar expedición Secretaria de Salud - Depto : Bogotá

Para el Documento de Identificación CC - 1013603161

1 - 1

apital.gov.co/profesionales/f?p=100:1:8578915265917::NO:::#CARD_LINK#

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar Registrarse Ayuda

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

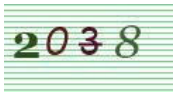
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1013603767

Primer Nombre *
INGRID

Primer Apellido *
GODOY

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1400

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2020-08-30→5:05:31 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1013603767	INGRID	DAIHANNA	GODOY	PERILLA	Vigente	Ver

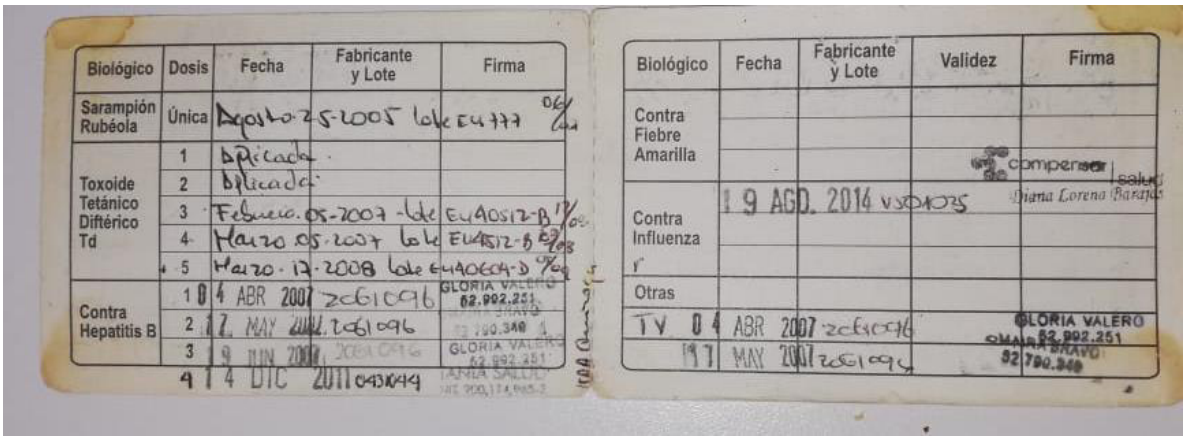
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA identificado(a) con CC 1013603767 registra La siguiente información:

2020-08-30→5:05:31 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2009-11-13	11104	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).



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	Agosto 25-2005	lote EU4777	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	Aplicada		
	2	Aplicada		
	3	Febrero 05-2007	lote EU405123	
	4	Marzo 05-2007	lote EU45123	
	5	Marzo 17-2008	lote EU40604-D	
Contra Hepatitis B	1	04 ABR 2007	2c61096	GLORIA VALERO 52.992.251
	2	17 MAY 2007	2c61096	
	3	19 JUN 2007	2c61096	GLORIA VALERO 52.992.251
		14 DIC 2011	043X44	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	19 AGO. 2014	VSD4035		Diana Lorena Barajas
Otras				
TV	04 ABR 2007	2c61096		GLORIA VALERO 52.992.251
	17 MAY 2007	2c61096		GLORIA VALERO 52.992.251



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

Martha Rocha
C.C. 51
AUXILIAR E
Y VACUNACIÓN

Consérvelo

Tania Salud
CENTRO DE VACUNACIÓN
Cra. 15 No. 51-14 Con. 202
Cel. 310 237 18 97

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

CC 1013603767

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Ingrid Daihanna																		
Apellidos	Godoy Perilla																		
Documento de Identidad:	CC ☐	TI ☒	PASA PORTE ☐	No.	8	9	0	4	1	3	-	5	2	3	3	8			
Fecha de Nacimiento:	Día:	1	3	Mes:	0	4	Año:	1	9	8	9								

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1142 de 29/01/2020

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogo
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestacion de Servicios en Seguridad y Sa
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria de Salud



Nro. 50096

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 31/08/2020 HORA:11:41	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA	DOCUMENTO: 1013603767	EDAD: 31 GENERO: F
EMPRESA: SUBRED CENTRO-ORIENTE	CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	TELEFONO: 3007987214 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	--		Dermatología	Si	
Audiometria	--		Osteomuscular	Si	
Visiometria	--		Cardiovascular	Si	
Optometria	--		Prueba de equilibrio	--	
Electrocardiograma	--		Radiologia Tunel/carpo	--	
Psicología Laboral	--		Radiologia Columna	--	
Vacunas	--		Radiologia Torax	--	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	--		Parcial de Orina	--	
Glicemia	--		RH-Grupo Sanguineo	--	
Colesterol	--		KOH Uñas	--	
Triglicéridos	--		Frotis Faringeo	--	
Serologia	--		Coprologico	--	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)	--	**Segun Res.1409 de julio 23 de 2012**			
Apto Para el cargo sin Restricciones		**Si**	**Aplazado**	--	
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo		--	**No Apto Para Este Cargo**	--	
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel		--			
Examen PERIODICO Satisfactorio	--	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEO-MUSCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	Si
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	Si
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Fisico	--
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirómetria	Si
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

Firma Trabajador

C.C. No 1013603767 BTA

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6660 DE 2007/2019
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 46-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogota, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:		CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá

Estimado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1 de la Circular Externa 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Godoy	Perilla	ingrid	Daihanna

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP		1013603767	Bogotá	Bogotá	07/04/2007
PASAPORTE	OTRO	CUAL:				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO		

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
13/04/1991	Bogotá	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DEVORCIADO(A)	UNION LIBRE X	VIUDO(A)	1	1	3218787047

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)						PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA	BACHILLER	TECNICO X	TECNOLOGO	CUAL:		auxiliar de enfermeria
UNIVERSITARIO	POSTGRADO	MAGISTER	OTRO			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 26b # 32-20 Sur	Bogotá	Bogotá	Colombia	6557283

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
daris.godoy1226@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sanchez	Plazas	wilmar	leonardo

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)					NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP		80091216	Bogotá	Bogotá	13/03/2000
PASAPORTE	OTRO	CUAL:				ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO		NACIONALIDAD: Colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA			IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)		
			SI			SI	NO X			
			NO X		ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: 8692	SECUNDARIA:	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO X	AGENTE RETENEDOR				SI	AGENTE AUTORETENEDOR	SI	
							NO		NO X	

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐
			AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐		

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	350.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	800.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	0	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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
giraldo	sotelo	luisa	fernanda.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 26 #61f-42	Bogota.	amiga.	3202799983

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	ahorros	008870509406	Norte	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. 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.):

Auxiliar de enfermería.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la 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 la 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) a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores, sin perjuicio de las demás sanciones con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones
7. Me comprometo a SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad

Personal Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o contratos del contratista 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 legible de la tarjeta profesional del Contador Público

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, 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 conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES DE OTROS PAISES.

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 estandares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación 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 contenidas 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.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación 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 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) Envió 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 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 medica, 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, Fasecolda, y/o 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.

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 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 capitulo XI del Titulo 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.

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.

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, transfieran, 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 *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail tarjafa@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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.

NOTA: Si 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".

11. 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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

#quedateencasa

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Total de puntos 100/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

dayis.godoy1226@gmail.com

Documento de Identidad *

1013603767

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Febrero de 2,021

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de INDEPENDIENTE - APORTE 2%, con la siguiente información:

Tipo de Identificación : CC
No. de Identificación : 1013603767
Nombre : INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA
Fecha de Afiliación a CCF : 2020/10/01
Estado : Afiliado
Categoría : A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Ult.Sub. Recibido
WILMAR LEONARDO SANCHEZ PLAZA	80071216	CY	A	NO	$0	--	--
ASHLEY NICOLLE SANCHEZ GODOY	1025555122	HI	A	SI	$36,100	202009	202009

La presente certificación se expide con destino a ACTIVOS SAS y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIÓN DE INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

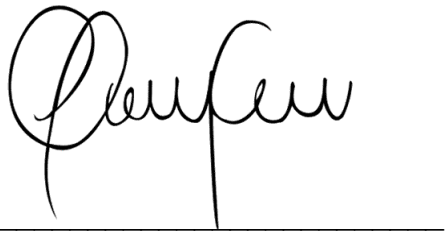
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.603.767**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Agosto del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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
VERSIÓN: 01
FECHA: 201

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013603767	Positiva
Numero de Documento	ARL

Ingrid	Daihanna	Godoy	Perilla
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apelli

13/04/1989	Bogotá	Cra 26b # 32-70	6557783
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Porvenir	$ 2'260.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Tecnico Auxiliar de enfermeria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

dayis.godoy1226@gmail.com	3218787047
Correo Electrónico	Celular

Daihana Godoy	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contr
	C.C.

SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 148510550

WEB
12:31:19

Bogotá DC, 11 de agosto del 2020

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) INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013603767:

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 CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 11 de agosto de 2020, a las 12:30:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013603767
Código de Verificación	1013603767200811123043

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 3728487

Bogotá D.C., 30 de Agosto de 2020 - 17:23 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) **INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE** de BOGOTA D.C.

1013603767

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.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
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: 8_NIDBY_2317
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 12:29:45 horas del 11/08/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1013603767**
Apellidos y Nombres: **GODOY PERILLA INGRID DAIHANNA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2021/02/16

Por medio de la presente hacemos constar que la señora INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA
con Cédula de Ciudadanía número 1013603767
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	008870509406
Fecha Apertura	2014/09/11

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA
0184 - OFICINA VEINTE DE JULIO

BANCO DE HOJAS DE VIDA DE BOGOTÁ, D.C.

Su número de registro es: **549038**, conserve este número de registro.

Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre INGRID	**Otros nombres** DAIHANNA	**Primer apellido** GODOY
Segundo apellido PERILLA	**Fecha de Nacimiento** 13/04/1989	**Sexo** Mujer
Teléfono de contacto 3007987214	**Correo electrónico personal** dayis.godoy1226@gmail.com	**Dirección de residencia** CRA 26B 32 20 SUR
Ciudad de residencia Bogotá D.C.	**Localidad de residencia** Rafael Uribe	

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Titulo academico	Graduado	Semestres cursados
Formación Técnica Profesional	TÉCNICA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA	Si	3

Otros estudios

Nombre del curso	Graduado	Horas
VACUNACION PAI	Si	20

3. Idiomas

Idioma	Lo escribe	Lo lee	Lo habla
No se encontraron idiomas			

Copyright 2019
Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital.
Todos los derechos reservados.

