



Buscar por procesos Menú

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Id de página:: 14001741 Ayuda ?

Buscar...

Felicitaciones VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS,

VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS con el NIT 1033750621 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

haga clic aquí para continuar >



FOJA DE VIDA

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

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Salcedo</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Arias</u>	NOMBRES <u>Viviana Andrea</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN D.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1033750621</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐	SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO _____ D.M. _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>06</u> MES <u>01</u> AÑO <u>1993</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cll 58a # 18b-3A sur int 20</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3224844108</u> EMAIL <u>viviana-93016@hotmail.com</u>

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO <u>02-12-2011</u>	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	☒	7o.	8o.	9o.	10	11	MES <u>12</u> AÑO <u>2011</u>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

C (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
S (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>T.C.</u>	<u>3</u>	☒		<u>Técnico Auxiliar de Enfermería</u>	<u>07</u>	<u>2016</u>	<u>1033750621</u>

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
<u>Inglés</u>		☒			☒			☒	

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

EXPERIENCIA LABORAL

DIENE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE					
IA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
AMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
VOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
IA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
AMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
VOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
IA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
AMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
VOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
IA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
AMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
VOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		

REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

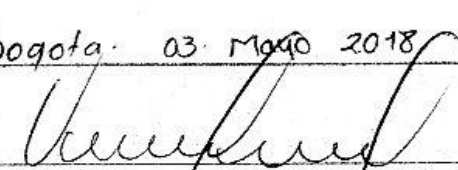
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

STO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOM-
DAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA-
SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

d y fecha de diligenciamiento Bogotá. 03 Mayo 2018


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO
TE.

d y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Viviano Andrea Salcedo Arias,

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 1033 750 621 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá.

DIRECCIÓN cl 58ª # 18b - 3A sur interior 20 TELÉFONOS 322 48 44 108

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Bogotá PAÍS Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Nicolas Andres Garzon Salcedo</u>	<u>1027 528 019</u>	<u>hijo</u>

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

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Daviplendo</u>	<u>Ahorros</u>	<u>009070308508</u>	<u>20 de Julio</u>	<u>5.000</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

2 ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

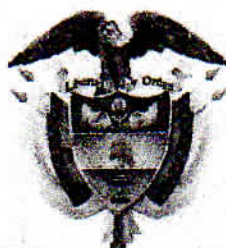
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

 Bogotá 03-Mayo-2018
 CIUDAD Y FECHA



La República De Colombia

El Ministerio De Educación Nacional

En su nombre el

Colegio

San Carlos

Institución Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.,

Según Resolución No. 822 del 14 de Marzo de 2003 Que ratifica la

Res. No. 2389 del 14 de Agosto de 2002.

Confiere a:

Salcedo Arias Viviana Andrea

Con C.C. No. 1033750621 de Bogotá, D.C.

El Título de:

Bachiller Académico

Con énfasis en Electrónica Industrial

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

Artículo 28 y 22 de la Ley 115 de 1994.



Nelfa Rincón

C.c. N° 41.691.570 de Bogotá D.C.

Rectora

José Alirio Rodríguez

C.c. N° 19.285.330 de Bogotá D.C.

Secretario

Dado en Bogotá D.C., a los 2 días del mes de Diciembre de 2011

No se requiere registro en la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 3 de Diciembre de 1993. Presidencia de la República.



1033750621



Colegio San Carlos

Institución Educativa Distrital

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital según
Resolución No. 822 del 14 de Marzo de 2003 Ratifica la Res. 2389

Del 14 de Agosto 2002 y Res. De adopción nombre No. 1145 del 10 de Abril de 2002.



Acta Individual de Grado

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los dos (02) días del mes de Diciembre del año 2011 se reunieron los suscritos Rectora y Secretario en la Rectoría del COLEGIO SAN CARLOS INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL, de carácter oficial, debidamente autorizada por la Secretaria de Educación Distrital de Bogotá, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado once del nivel de Educación Media, para otorgar el título de Bachiller en la modalidad Académica.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica y Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO con énfasis en ELECTRÓNICA INDUSTRIAL al graduando cuyos apellidos, nombres y número de documento de identificación se relacionan a continuación.

Salcedo Arias Viviana Andrea

Documento de identidad No. 1033750621

Es fiel copia del acta General de Grado No. 02-2011 que Consta de cinco (05) hojas con 118 graduandos, comienza con el nombre de **Acero Alarcón Marisol** y se cierra con el nombre de **Zapata Páez Diego Fernando**.

Firmada por: NELFA RINCON, Rectora y JOSE ALIRIO RODRIGUEZ, Secretario.

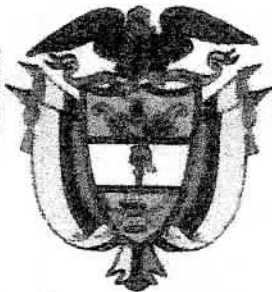
Dada en Bogotá, D.C., a los 02 días del mes de Diciembre del año 2011.

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

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7 del Decreto 180 de 1981.

NELFA RINCON
C.C. 41.691.570 Bogotá.
Rectora

JOSE ALIRIO RODRIGUEZ
C.C. 19.285.330 Bogotá.
Secretario



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS "FORMATES"

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 900.071.364-4 Acuerdos 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 de enero del 2011, 0102 del 16 de junio del 2011 del Ministerio de protección Social, Resoluciones 110321 del 3 de diciembre de 2010, 110155 del 11 de julio de 2011, 110401 de 9 de diciembre de 2015 emitidas por la Secretaría de Educación Localidad 11 de Suba.

Confiere a:

Viviana Andrea Salcedo Arias

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.033.750.621 DE BOGOTÁ

El
Certificado de Aptitud Ocupacional por
competencias Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente.

Intensidad 1609 Horas



BELINDA ORTIZ PEÑA
REPRESENTANTE LEGAL

LIC. CAMILO A. MONTENEGRO G.
DIRECTOR ACADÉMICO

DADO EN BOGOTÁ, D.C., A LOS 09 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2018

ANOTADO EN EL FOLIO 2 DEL LIBRO 3 DEL REGISTRO DE FORMATES



ESCUELA DE FORMACIONES TÉCNICAS "FORMATÉS"

NIT: 900.071.364-4 Acuerdos 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 de enero del 2011, 0102 del 16 de junio del 2011 del Ministerio de protección Social, Resoluciones 110321 del 3 de diciembre de 2010, 110155 del 11 de julio de 2011, 110401 del 9 de diciembre de 2015, emitidas por la Secretaría de Educación Localidad 11 de Suba "Educación Para el Trabajo y Desarrollo Humano"

ACTA DE CERTIFICACIÓN

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 3034

ACTA GENERAL No. 036

En la ciudad de Bogotá D.C., a los nueve (09) días del mes de julio de 2016, se reunieron el Director Académico y la Representante Legal, en el aula múltiple con el fin de formalizar: Certificado de Aptitud Ocupacional por competencias Técnico Laboral en: **AUXILIAR EN ENFERMERIA** a: **Viviana Andrea Salcedo Arias** Identificado(a) con la C.C. No. **1.033.750.621** de Bogotá. Quien cursó y culminó satisfactoriamente, con una intensidad de 1609 Horas.


BELINDA ORTIZ PEÑA
REPRESENTANTE LEGAL


LIC CAMILO A. MONTENEGRO G.
DIRECTOR ACADÉMICO



EL INSTITUTO DE ENSEÑANZA EN ARTES Y SALUD - IDEAS -
EN CONVENIO INSTITUCIONAL CON FORMATES
CARRERAS TÉCNICAS
Resolución 820 Y 2274 De Secretaría De Educación, Acuerdo 43 Y 062 Miraflores
Resolución 110321 Del 3 De Diciembre De 2010, 110155 Del 11 De Julio De 2011 Emitidos Por La Secretaría De Educación
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO



CONCEDE EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA Y PARTICIPACION
EN EL CURSO DE:
CIRCULANTE DE SALAS DE CIRUGÍA Y ESTERILIZACIÓN

C.S.C.F.
CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (60) HORAS

A

SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA

Identificada con C.C. N° 1.083.760.627 De Bogotá, D.C

Dado en Bogotá, D.C. En día (23), del Mes de Julio de 2016

ANOTADO:
LIBRO: 001
FOLIO: 138

DIRECTOR SECCIONAL

EDUCAMOS Y ORIENTAMOS CON SENTIDO SOCIAL Y PARTICIPATIVO HACIA LA COMUNIDAD
E-MAIL: IDEAS_IDANIEL@hotmail.com
CEL: 321 2797006-31 33666965

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud

Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres

Certifica que

Viviana Andrea Salcedo Arias

1.033.750.621

Aprobó el Curso:

Primer Respondiente para Personal Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas

Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 8 de marzo de 2017

José Rafael Domínguez Ayala

Director de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez

Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y

Desastres



MEJOR
DADA TONDA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud

Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres

Certifica que

Viviana Andrea Salcedo Arias

1.033.750.621

Participó en el Curso:

Promoción y Prevención en Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas

Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 27 de febrero de 2017

"El presente certificado no confiere título de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

José Rafael Domínguez Ayala

Director de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez

Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres



Pres:

Escuela de Formaciones técnicas Formatos

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

, autorización para consulta de títulos Académicos

Viviana Andrea Salcedo Orias

en consideración a que el artículo 1 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 cedidos 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:

Enfermero Auxiliar de Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Finalmente;

Firma

Identificación de documento: 1033750621

Cédula profesional No: 1033750621

Dirección de contacto: 011580 # 186 34 Sur int 20

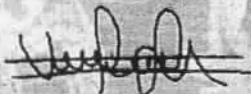
Teléfono: 322 484 4108

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.750.621**
SALCEDO ARIAS

APELLIDOS
VIVIANA ANDREA

NOMBRES



FIRMA







FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

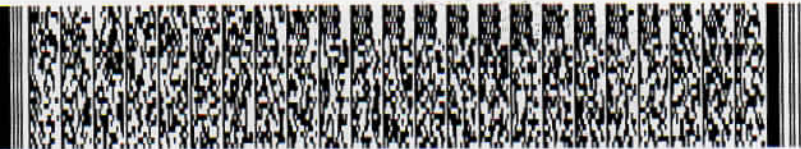
07-ENE-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

IDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



2. Concepto **01** Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14381014616



(415)7707212489984(8020) 0000014381014616

5. Número de identificación Tributaria (NIT):

1 0 3 3 7 5 0 6 2 1

6. DV

2

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

(3 2)

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 3 3 7 5 0 6 2 1

27. Fecha expedición:

2 0 1 1 0 1 0

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá D.C.

0 0

31. Primer apellido

SALCEDO

32. Segundo apellido

ARIAS

33. Primer nombre

VIVIANA

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Signo:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0

41. Dirección principal

CL 58 A 18 B 34 SUR IN 20

42. Correo electrónico:

viviana-93016@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

2 0 5 9 4 7 5

45. Teléfono 2:

3 1 3 4 0 0 3 2 1

CLASIFICACION

Actividad principal		Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	51. Código		
8, 2, 9, 9	2 0 1 6 0 7 0 7	8, 5, 9, 2	2 0 1 6 5 7 0 7	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
1	2																

53. Código:

12-Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código:

Exportadores

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios: ☐ 1 ☐

61. Fecha: 2 0 1 6 0 7 0 7

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 16 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MANCERA RODRIGUEZ RAFAEL AUGUSTO

985. Cargo: Analista II



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRICTAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 03-05-2018

Hora: 2:04:27 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 1033750621 VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS

Información

Dirección CL 58 A 18 B 34 SUR IN 20
Teléfonos 2059475-3134003216
Dirección viviana-93016@hotmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 03/05/2018
Soporte Inscripción 23426504
Fecha Inicio Actividades 07/07/2016
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL

Actividad 3: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEÚTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 9492 de 12/08/2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994 y Resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA Identificado(a) con CC número 1033750621 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS FORMATES. el día 09/07/2016.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA identificado(a) con CC número 1033750621 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 12/08/2016

Original Firmado por:

Anabelle Arbelaez Vélez

Directora de Calidad de

ANABELLE ARBELAEZ VELEZ.

Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó :Sebastián Quiroz L.

Elaboró :Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 16 Septiembre - 16
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Viviana Salcedo Arias
CC. # 1033.750.621 Bogotá.
Firma

[Firma manuscrita]

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

1033750621

Primer Nombre *

Primer Apellido *

VIVIANA

SALCEDO

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1033750621	VIVIANA	ANDREA	SALCEDO	ARIAS	Ver

Información Detallada [CC: 1033750621] VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS

Información Académica

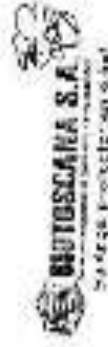
Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016/8/12	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

CARNET DE VACUNACIÓN

NIT. 4758814 6 CODIGO PRESTADOR FIDUCIARIO 5301

Nombre:	Unión Andina
Dirección:	Salcedo Andes
Teléfono:	
H. C.:	1030750621
Entidad Vacunadora:	Blender Cooper



CARRERA 21 No. 77-38 SUR - 2° piso - CEL: 311 527 85 81
Bartolomé Ussat - Bogotá, D.C. Colombia
blanca.rojas98@hotmail.com

ENTIDAD	DOSE	FECHA VACUNACIÓN	LOT N°	FIRMA
TRIPLE VIRAL	1.			
TRIPLE VIRAL	2.			
TRIPLE VIRAL	3.			

ENTIDAD	DOSE	FECHA VACUNACIÓN	LOT N°	FIRMA
HEPATITIS B	1.	28-05-2007	442502	
HEPATITIS B	2.			
HEPATITIS B	3.			

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 - Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: <i>Hospital La Victoria</i>				
Dir :		Nit :		
Fecha: <i>Mayo 3/2018</i>	Cargo: <i>Auxiliar de Enfermería.</i>			
Tipo de examen	Ingreso <i>SI</i>	Periódico <i>—</i>	Retiro <i>—</i>	Trabajo en alturas <i>—</i>

Trabajador

Apellidos: <i>Salcedo Arias</i>		Nombres: <i>Xiviana Andrea</i>		
ID: <i>1033.750.621</i>	Tel: <i>322 484 4108</i>		Sexo: <i>F.</i>	Edad: <i>25</i>
Profesión: <i>Auxiliar de Enfermería</i>			Diestro: <i>—</i>	Zurdo: <i>—</i>

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional <i>SI</i>	Audiometría <i>—</i>	Visiometría <i>—</i>
Radiografía <i>—</i>	Electrocardiograma <i>—</i>	Espirometría <i>—</i>
Glicemia <i>—</i>	Colesterol <i>—</i>	Triglicéridos <i>—</i>
Otros <i>—</i>		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones <i>—</i>	Puede continuar su labor <i>—</i>
Apto con restricciones que no limitan su labor <i>—</i>	Puede continuar con reubicación laboral <i>—</i>
Apto para el cargo <i>SI</i>	Examen de retiro satisfactorio <i>—</i>
Aplazado por restricciones <i>—</i>	Examen de retiro con patología <i>—</i>
Apto para trabajo en alturas. <i>No</i>	No apto <i>—</i>

Restricciones médicas ocupacionales

No Presenta.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal <i>SI</i>	Valoración por: <i>—</i>
Hacer pausas activas. <i>SI</i>	Reubicación laboral temporal. <i>—</i>
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. <i>SI</i>	Rehabilitación ocupacional. <i>—</i>
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias <i>—</i>
Otras <i>—</i>	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL.
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. N° 15006/2015 S.D.S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

C.C. *1033.750.621*

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.

TRABAJADOR EXAMINADO.



Instituto de Enseñanza en Artes y Salud en convenio Institucional con Formates Carreras Técnicas

En convenio interinstitucional con FORMATES / MIT: 900.071.564-4. Acuerdos 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 de 21 de mayo de 2009, 0015 del 21 de enero del 2011, 0102 del 16 de junio del 2011. Del ministerio de protección social. Resoluciones 10321 del 5 de diciembre de 2010, 103155 del 11 de julio de 2011, emitidos por la secretaria de educación localidad II de zona "educación para el trabajo y desarrollo humano"

Certifica que

Viviana Andrea Salcedo Arias

D.I. No. 1.033.750.621

Cumplió todos los Requisitos Académicos y Legales en el

Curso en

"Soporte Básico de Vida"
BLS

con una intensidad horaria de 40 horas Teórico Práctico registrado en la ciudad de Bogotá D.C.
del 2 al 6 de Mayo de 2016



Para verificación de título favor citar libro y folio a
intelsalud@gmail.com 313 2767628 • titulos_1donitel@hotmail.com 321 2797008

Educamos y Orientamos con Sentido Social y Participativo hacia la Comunidad

HEALTH TRAINING RESCUE

"CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS."

MT: 900853760

Certifica que:

VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS

CC: 1033750621

Asistió y aprobó el curso taller

"Advanced Cardiac Life Support ACLS"

Según Resolución 2003 del 28 de Mayo del 2014

Ministerio de Salud y Protección Social

Dado en Bogotá (Colombia)

El 19 de junio del 2016.

Intensidad de 40 horas.

LUIS HERNANDO OUBERGO

DIRECTOR CIENTIFICO HTA

Registro Médico-11-7621/2007

Médico Cirujano

JUAN CAMILO BARRON CORTIÑO

DIRECTOR NACIONAL HTA

Filia, Revert, Cpi, Brec.

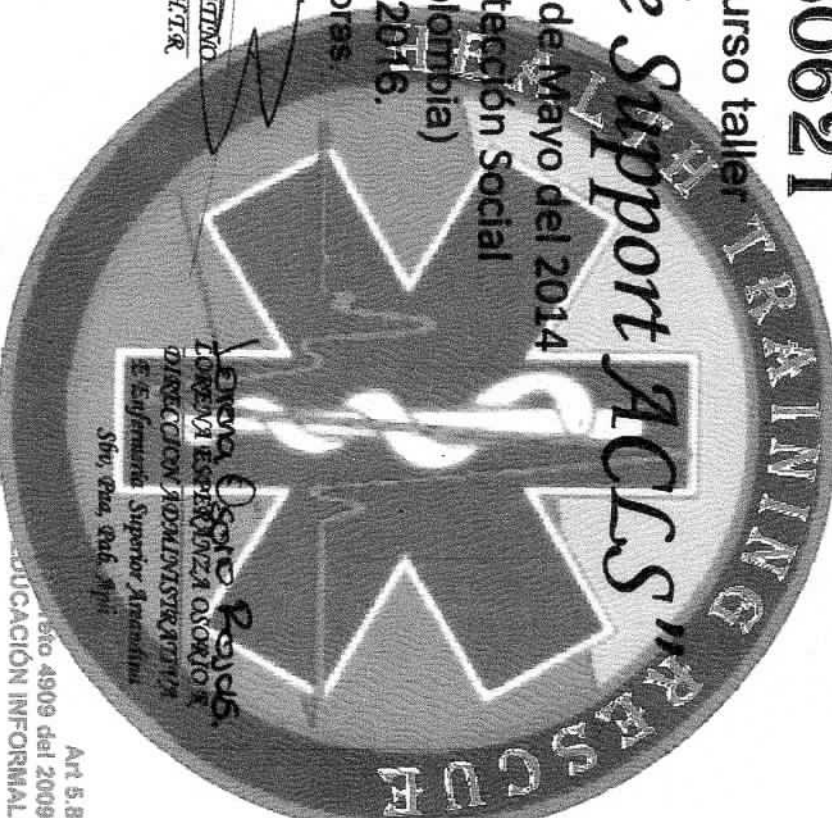
Instructor Sv6, Bua

Lorena Osorio Pardo

DIRECTORA ADMINISTRATIVA

E-Enfermería Superior Arancibia

Sbu, Bua, Gub, Jpi



CORREO:

HEALTH.TRAINING.RESCUE@GMAIL.COM

VALIDEZ 2 AÑOS

ACTUALIZAR ANTES DE JUNIO DEL 2018

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

FECHA: 03-05-2018 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de 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 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 VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Salcedo SEGUNDO APELLIDO: Arias PRIMER NOMBRE: Viviana SEGUNDO NOMBRE: Andiea

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUB ☐ No IDENTIFICACIÓN: 1033750621 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): Bogotá - Cundinamarca FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 07-Enero-2011

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 06-01-1993 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá - Cundinamarca PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR:

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAESTRO ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDO ☒ TECNOLÓGICO ☐ CUAL:

PROFESIÓN / OFICIO: Técnico Auxiliar de Enfermería

DIRECCIÓN RESIDENCIA: 811 58a # 18b - 34 sur int 20 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 2059475

CORREO ELECTRÓNICO: viviano - 93016@hotmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO TAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUB ☐ NUMERO IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD):

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:

SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ EMPLEADO ☐ OTRO ☐

PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒ CODIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PÚBLICO: SI ☐ NO ☒ ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA:

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ + OTRO

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: TELFONO: CIUDAD/MUNICIPIO: DEPARTAMENTO: PAIS:

CARGO ACTUAL: FECHA VINCULACIÓN:

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	\$ 600.000	ABRIGOS		CUOTA HIPOTECA	
PENSIONES		ARRENDOS	\$ 500.000	INVERSIONES		TARIFAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMUNIDADES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS	\$ 1.100.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
(No debe ser familiar al solicitante o Cliente o Contraparte y debe ser independiente del negocio familiar)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bustos	Soto	Finer	Mauricio
DIRECCION	CITIA/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cia 21b este #42-53.	Bogota Bogota Colombia	Conocido	313 275 4251

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SECTORIAL	TELÉFONO
Novi vivienda	Ahorro		20 de Julio	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ 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 cuenta 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 en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1990, 1121 de 2005 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

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

Técnico Auxiliar de Enfermería.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adiciona, complementa 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 adiciona, complementa 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 destinan a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haga lugar, notificaré 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 incumplimiento de cualquiera de los acuerdos anteriores o en el eventual uso de que por aplicación de normas sancionadoras posteriores a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de 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 hacen 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 + copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendible de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratista por OPE: 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 honorarios o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o auditos financieros certificando + declaración de renta si es declarante. No presentar estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socías 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 RUT Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, emitida en 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si este obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o discriminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos 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 DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose 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 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la 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 gestión 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 la Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información a la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. j) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información 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 cada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que: 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 derivadas de los contratos celebrados con y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten o de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Facoolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de 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 INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las fin 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 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 todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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 INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1381 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente y 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 ocuparán, transmitirán, 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, teléfono 344 44 84, e-mail: sarlatg@subredcentrooriente.gov.co), y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para la prevención y control del fraude. **INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO.**

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA	
1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre del funcionario o Asesor:	
4. Lugar de la Entrevista:	
5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐ </div>	

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:	

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo.

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Salcedo		cc		1033750621		Femenino ☒ Masculino ☐		06011993	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo ☐ ☐ ☐ ☐ Condición ☐ ☐ ☐ ☐		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial		15. Administradora de riesgos laborales - ARL		16. Administradora de pensiones Proteccion	
17. Ingreso base de cotización - IBC				18. Residencia all 58a + 18b. 34 sur interior, 20				2059475		3224844108	
Viviano.9301@hotmail.com				Bogotá		Zona Urbana ☐ Rural ☒		Tunjuelito		Bogotá	

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o conyugales, miembros de núcleo de convivencia)

20. Stato				21. Fecha de	
-----------	--	--	--	--------------	--

Tabla básica de identificación de los beneficiarios y de los aliados adicionales

de Apellidos y Nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
U1			
U2			
U3			
U4			
U5			

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Datos complementarios Parentesco Etnia	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

[illegible]

de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
E		
D		
I		
E		
A		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE ORIGEN

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (se registran por la EPS)	
Viviana Salcedo Arias		CC		1033750624		Aportante	
39. Ubicación		40. Teléfono		41. Correo electrónico		42. Ciudad	
Calle 580 #186-3A sur int 20		2059443		viviana_93026@hotmail.com		Bogotá	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Necesidad:

1. Modificación del tipo de identificación ☐ 2. Corrección de errores básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Transmisión de la inscripción en el EPS ☐ 6. Reinscripción en el EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de unidades adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de atención por adquisición de discapacidad física o mental ☐ 10. Terminación de la prestación laboral o previda de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar actividades conexas ☐ 12. Transferencia de la entidad autorizada para realizar actividades conexas ☐ 13. Movilidad A: Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado A: Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐
16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Seguimiento Asistencia		Prestación Asistencia		Seguimiento Asistencia	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha cese del			
☐		Femenino ☐ Masculino ☐					
43. EPS anterior		H. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagar de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Continuativo, Especial o de Excepción.	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	
49. Declaración de no intervención del cónyuge, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cónyuge o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la atención o del reporte de enfermedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cónyuge o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	
53. Autorización para que la EPS envíe información a través electrónico o al celular como mensajes de texto.	

VIII. FIRMAS

54. En cas de refus, cocher la réponse : ☐ 55. En cas de refus, cocher la réponse : ☐

IX. ANEXO

56. Anexo copia del documento de leyenda:	CN	RC	TI	CC	PA	UE	CD	SC	
Cantidad:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Total <input type="text"/>
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.									
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.									
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.									
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.									
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.									
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.									
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.									
64. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.									
65. Copia del acto administrativo o resolución de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiaria o se ordene la afiliación de oficio.									

Y DATOS A RESERVA DE DILIGENCIA DEL BOBIL: ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBEN Número de la ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de radicación D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>		69. Fecha de validación D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>	
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>							
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		OBSERVACIONES: <i>Indefinida.</i>			
71. Firma del funcionario							

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA** identificado(a) con CC número **1.033.750.621** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 09 de octubre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de abril de 2018.

Cordialmente,



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

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

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali 510 90 99

Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 48 99 - Nacional 01 8000 52 8000

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018040616351

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1033750621

Numero de Documento

Sura

ARL

Viviano

Primer Nombre

Andrea

Segundo Nombre

Salcedo

Primer Apellido

Arias

Segundo Apellido

06 Enero 1993

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Al 58° # 186-34 sur

Dirección de Residencia

2059475

Teléfono Fijo

famisanor

EPS - Salud

Protección

AFP - Pensiones

\$ 1524.600

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

viviana-93016@hotmail.com

Correo Electrónico

322 4844108

Celular



Firma del Afiliado



Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52784299 Bta

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 109322628



WEB

16:39:55

Hoja 1 de 01

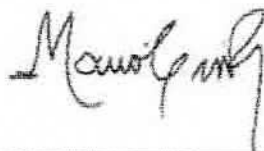
Bogotá DC, 03 de mayo del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033750621:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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



Bogotá D.C., 6 de Abril de 2018 - 16:28 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS VEINTIUN**

1033750621

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 figuren 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 816 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMIN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica (E)

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **4_ZCS_2018**

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

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 06 de abril de 2018, a las 16:21:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033750621
Código de Verificación	1033750621180406162155

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:24:05 horas del 06/04/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1033750621

Apellidos y Nombres: **SALCEDO ARIAS VIVIANA ANDREA**

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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA

2018/05/03

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora VIVIANA ANDREA SALCEDO ARIAS
con Cédula de Ciudadanía número 1033750621
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 009070308508

Fecha Apertura 2017/12/01

Cordialmente,

Firma Autorizada

BANCO DAVIVIENDA