

Confirmación de registro X

Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=082acd6e_e469_4a95_9882_022b753667c3.69f407a2_507f_45dc_8469_025ed11df... ☆

Aplicaciones | Página de error | Página de error | SECOP II | Colombia



Colombia Compra Eficiente

[Aumentar el contraste](#) | UTC -5 16:32:39

Buscar por proceso | Menú ▾ | Buscar... 🔍

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 Ayuda ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones SINDY YOHANA CARDENAS GARZON,

SINDY YOHANA CARDENAS GARZON con el NIT 1024490642 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 >

© 2014 Vortal | [Términos de uso](#) | [Normativa](#) | [Soporte Remoto](#) | [Ayuda](#) | Español (Colombia) ▾

▼ JOTA

ES | 04:32 p.m. 18/06/2018



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

ENTIDAD RECEPTORA

1

PRIMER APELLIDO CARDENAS		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GARZON		NOMBRES SINDY YOHANA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.024.490.642			F ☒ M ☐	COL ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA PAÍS DÍA 06 MES 04 AÑO 1998			CALLE 63 BIS # 75 B 23		
DEPTO CUNDINAMARCA			PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA		
MUNICIPIO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA		
			TELÉFONO 3067516 EMAIL yohanacard06@gmail.com		

2

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:
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2005

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
 TC (TÉCNICA), TL (TECNOLOGÍA), TE (TECNOLOGÍA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
 ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD)

MODALIDAD	No. SEMESTRES APROBADOS	GRUPO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				
ACADÉMICA										
TL	5	X		Tecnólogo en entrenamiento deportivo	02	2	0	1	8	

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	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"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	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"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	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"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	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"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

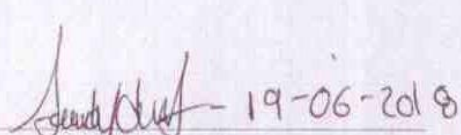
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

 19-06-2018
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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



Departamento
Administrativo
de la Función
Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA				
1.1 DE BIENES Y RENTAS				
YO, <u>Sindy Yohana Cárdenas Garzón</u>				
IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. <u>1024490642</u> CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: <u>Bogotá</u>				
DIRECCIÓN <u>Cll 63 Bis # 75 B 23 Sur</u>			TELÉFONOS <u>3124617161 - 3004198668</u>	
MUNICIPIO <u>Bogotá D.C.</u>		DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	PAÍS <u>Colombia</u>	
Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO
<u>Berta Matilde Garzón</u>		<u>39.795.483</u>		<u>mamá</u>
<u>Hector Hernando Cárdenas</u>		<u>79.324.820</u>		<u>papá</u>
<u>Juan Sebastian Guzman Cárdenas</u>		<u>1.021.673.994</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		<u>8'852.604</u>		
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>DAVIVIENDA</u>	<u>AHORROS</u>	<u>0570473870202727</u>	<u>Floresta</u>	<u>0</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
Banco Bogotá	Tarjeta	3.000.000
De vivienda	Tarjeta	3.000.000

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 CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá D.C. 19 Junio - 2018.

CIUDAD Y FECHA



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

SINDY YOHANA CARDENAS GARZON

Con Cedula de Ciudadania No. 1.024.490.642

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

TECNÓLOGO EN

ENTRENAMIENTO DEPORTIVO

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Bogotá,
a los dieciseis (16) días del mes de febrero de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por
JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

27628528 - 16/02/2018

Nº y FECHA REGISTRO



La República de Colombia

y en su nombre el

Instituto Santa Ana Luz del Carmen

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución N° 4906 del 9 de Noviembre de 2004

Confiere a:

Sindy Johana Cárdenas Garzón

Identificada (a) con T.I. N° 89040664395 de Bogotá

El Título de
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994
según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaría



Libro de Registro N°

Acta N°

Folio N°

Dado en Bogotá, D.C., a 1 de Diciembre de 2005

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según decretos N° 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 2 de Diciembre de 1995, expedido por la República.

Acta de Grado



Inscripción S.E. _____

DANE 311001039852

En la ciudad de BOGOTA D.C. a los 01 () días del mes de DICIEMBRE del año 2005

se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la rectoría del INSTITUTO SANTA ANA LUZ DEL CARMEN

Institución aprobada hasta N. VISITA en el nivel de Educación Media VOCACIONAL y autorizada por MINISTERIO DE EDUCACION para otorgar el Título de

Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según RESOLUCION No. 4906

del 09 de NOVIEMBRE del año 2004 Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media VOCACIONAL se procedió a otorgar el TÍTULO DE

BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

CARDENAS GARZON SINDY JOHANA T.I. 890406-64395 DE BTA.

Es fiel copia tomada del acta original general No. 017 de fecha 01/12/05 que consta de 41

alumnos que comienza con el nombre de AGUIRRE GOMEZ MARIA CAMILA

y cierra con el nombre de VALENZUELA LOPEZ PAOLA ANDREA

firmado y sellado por JESUS ALBERTO MORENO BURGOS (Rector(a))

y C. PABLO MORENO (Secretario(a))

Dada en BOGOTA D.C. a los 01 () días del mes de DICIEMBRE del año 2005

Firmado y sellado


JESUS ALBERTO MORENO BURGOS

Rector (a) o Director (a)

C.C. No. 17.186.441 DE BOGOTA


PABLO MORENO

Secretario (a)

C.C. No. 37.033 DE BOGOTA

Diploma No. _____



REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 27628528 - 16/02/2018

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: SINDY YOHANA CARDENAS GARZON, Con Cedula de Ciudadania No. 1.024.490.642

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, a los dieciseis (16) días del mes de febrero de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SINDY YOHANA CARDENAS GARZON

Con Cedula de Ciudadania No. 1.024.490.642

Cursó y aprobó la acción de Formación

METODOLOGIAS EN EL NIVEL DE INICIACION EN LA ENSEÑANZA DEL FUTBOL

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Mosquera, a los dieciseis (16) dias del mes de abril de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO

SUBDIRECTOR

CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA

REGIONAL CUNDINAMARCA

25322765 - 16/04/2015

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 951200883921CC1024490642C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SINDY YOHANA CARDENAS GARZON

Con Cedula de Ciudadania No. 1.024.490.642

Cursó y aprobó la acción de Formación

**HABILIDADES TECNICAS INDIVIDUALES, DE BOTE (DRIBLIG) Y PASE EN EL PROCESO FORMATIVO DEL
BALONCESTO**

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Mosquera, a los quince (15) días del mes de abril de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA
REGIONAL CUNDINAMARCA

24788741 - 15/04/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 951200867367CC1024490642C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SINDY YOHANA CARDENAS GARZON

Con Cedula de Ciudadania No. 1.024.490.642

Cursó y aprobó la acción de Formación

CIENCIAS BASICAS EN MATEMATICAS Y FISICA.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de junio de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

34665249 - 17/06/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9508001162805CC1024490642C.



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SINDY YOHANA CARDENAS GARZON

Con Cedula de Ciudadania No. 1.024.490.642

Cursó y aprobó la acción de Formación

DIGITACION DE TEXTOS

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Espinal, a los veintisiete (27) días del mes de agosto de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
PEDRO EDUARDO FONTAL APONTE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

PEDRO EDUARDO FONTAL APONTE
SUBDIRECTOR
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA
REGIONAL TOLIMA

22033817 - 27/08/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 912300785724CC1024490642C.



Universidad Libre

FACULTAD DE INGENIERIA

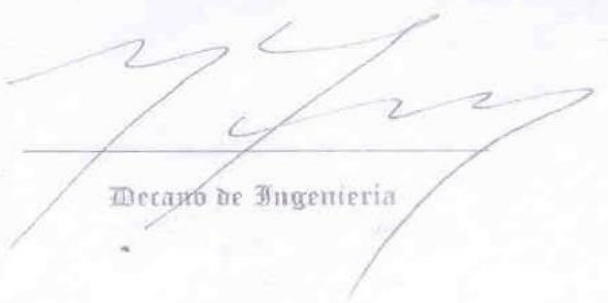
PROYECCION SOCIAL

Certifica:

Que: Sindy Cárdenas

Asistió al: Seminario de Formación de Empresas II, en calidad de Participante

En el área de: Servicio Social con intensidad de: Cuarenta (40) horas


Decano de Ingeniería


Director de Departamento

Bogotá, D.C.

Sábado 11 de Junio de 2005


Secretario Académico

Bogotá D.C

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, **SINDY YOHANA CARDENAS** 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:

TECNOLO EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1.024.490.642

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: CALLE 63 BIS # 75 B 23 SUR

Teléfono: 3067516-3124617161-3004198668

Bogotá D.C

Señores:

INSTITUTO SANTA ANA LUZ DEL CARMEN

REF. autorización para consulta de títulos Académicos

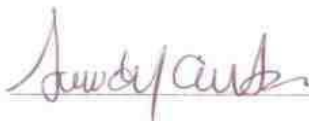
Yo, **SINDY YOHANA CARDENAS** en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del 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:

BACHILLER ACADEMICO
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento: 1.024.490.642

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: CALLE 63 BIS # 75 B 23 SUR

Teléfono: 3067516-3124617161-3004198668

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.024.490.642

NUMERO

CARDENAS GARZON

APELLIDOS

SINDY YOHANA

NOMBRES

Sindy Yohana Cardenas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1989

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

03-MAY-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500119-47161253-F-1024490642-20070715

05364 07194N 02 238588350



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

UNISCA
Modelo Único de Ingresos, Rendimiento y Control Automatizado

001

2. Concepto **02** Actualización
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14471436124



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):
1 0 2 4 4 9 0 6 4 2

6. DV
8

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación:

1 0 2 4 4 9 0 6 4 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 7 0 5 0 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GARDENAS

32. Segundo apellido

GARZON

33. Primer nombre

SINDY

34. Otros nombres

YOHANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 63 BIS 75 B 23 SUR

42. Correo electrónico:

sindyguz06@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

3 1 2 4 6 1 7 1 6 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 5 5 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 2 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

9 3 1 9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 2 0 1

Otras actividades

50. Código:

8 2 9 9

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:

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

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 6 1 8

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

[Firma manuscrita]

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

VERA OSPINA JULIO ALBERTO

985. Cargo

Gestor II

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1024490642-8 SINDY YOHANA CARDENAS GARZON

Información General

Dirección CL 63 BIS 75B 23 SUR

Teléfonos 3067516/3124617161

Dirección electrónica sindyguz06@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 18/06/2018

Soporte Inscripción 20993368

Fecha Inicio Actividades 01/02/2018

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8552-ENSEÑANZA DEPORTIVA Y RECREATIVA

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: 9319-(ACTIVIDAD NO GRAVADA) OTRAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

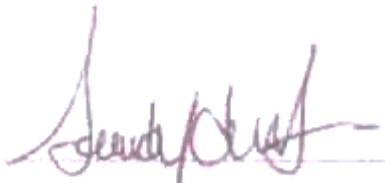
Código de Verificación de Información: 18002969331

Bogotá D.C., 19 de Junio de 2018

COMPROMISO

Yo Sindy Yohana Cardenas Garzón identificada con cedula de ciudadanía No. 1.024.490.642 de Bogotá, me comprometo a presentar al menos la primera dosis y de entregar copia de cada nueva dosis aplicada hasta completar el esquema.

Cordialmente,



SINDY YOHANA CARDENAS
C.C. 1.024490642

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: *Sindy Johana*
Apellidos: *Cardenas*
Documento de identidad: C.C. *X T.I.* Pasaporte No. *1024490642*
Fecha de Nacimiento: Día *06* Mes. *04* Año. *1989*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	<i>18-06-2018</i>	<i>221501516A</i>	<i>slg caps</i>
	2	<i>18-07-2018</i>		
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	<i>19 JUN. 2018</i>	<i>HEPAVAX L 1434034.02 V.01-10-2020</i>	<i>slg caps</i>
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1	<i>22-09-2015</i>		
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	<i>18-06-2018</i>	<i>R3Buu</i>	<i>slg caps</i>
Otras				

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

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



Nro. 14896

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 19/06/2018 HORA:10:51		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO			
NOMBRES: SINDY YOHANA CARDENAS GARZON		CEDULA: 1024490642	EDAD: 29 GENERO: F		
EMPRESA: INDEPENDIENTE		CARGO: ENTRENADORA DEPORTIVA	TELEFONO: 3124617161		
EXAMENES LABORALES REALIZADOS					
Valoración Medica Laboral	Si	NORMAL	Respiratorio	Si	NORMAL
Espirometria	--		Dermatología	Si	NORMAL
Audiometria	--		Osteomuscular	Si	NORMAL
Visiometria	--		Cardiovascular	Si	NORMAL
Optometria	--		Prueba de equilibrio	--	
Electrocardiograma	--		Radiología Tumor/carpo	--	
Psicología Laboral	--		Radiología Columna	--	
Vacunas	--		Radiología Torax	--	
LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO					
Cuadro Hemático IVG	--		Parcial de Orina	--	
Glicemia	--		RH-Grupo Sanguíneo	--	
Colesterol	--		KOH Uñas	--	
Triglicéridos	--		Frotis Faringeo	--	
Serología	--		Coprologico	--	
CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:					
APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)		--	Segun Res.1408 del 3 de Julio 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		--
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	--
Ergonomía del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	--
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 Espirómetros	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	--		--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

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

Dra. Mariliza Umã R.
MARILIZA UMÃ R. CASTILHO Gerente
LICENCIADA No. 911066901-1
Medico Especialista em Saúde Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

1024 490642



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

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

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

FECHA:	2018-06-18	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
--------	------------	---------	--------	---------------	--------------

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 la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PÚBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
CARDENAS	GARZON	SINDY	YOHANA		
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐
NUIP	☐	1024490642	BOGOTÁ	2007-05-03	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
1998-06-04	BOGOTÁ	COLOMBIA	COLOMBIANA		
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A)	☒	CASA	☐	DIVORCADO(A)	☐
UNION LIBRE	☐	1	1	3124617161	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER	☐	POSGRADO	☐	UNIVERSITARIO TECNICO	☐
BACHILLER	☐	OTRO	☐	PRIMARIA	☒
TECNICO	☐	CUAL:	TECNOLOGO ENTRENAMIENTO DEPORTIVO		
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 63 BIS # 75 B 23 SUR		BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3067516
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
yohanacard06@gmail.com				PROPIA	☐
				FAMILIAR	☒
				ARRENDADA	☐
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☐	C.E.	☐	R.C.	☐
NUIP	☐				
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:	
			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☒	NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO	☐	ESTUDIANTE	☐	HOGAR	☐
SOCIO	☐	CONTRATISTA	☒	COMERCIANTE	☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐	EMPLEADO SOCIO	☐	PENSIONADO	☐
				EMPLEADO PÚBLICO	☐
				OTRA	☐
				CUAL:	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI	☐	IVA	SI ☐ NO ☒
		NO	☒	ICA	SI ☐ NO ☒
				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 ☐ SERVICIOS ☐ UD ☐		# NIT	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: ☒			
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION		PAIS	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 0	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 0	ARRENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
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
VANEGAS	MURCIA	YERLY	JASMIN
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO Fijo V / O EXTENSION/CELULAR
KRA 75 B BIS # 63-37	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMIGA	3228704414

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	570473870202727	FLÓRESTA	3383838

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 EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTE ☐ **ION** ☐ **EXPORTA** ☐ **N** ☐ **TRANSFERENCIA** ☐ **PRESTAMOS** ☐ **PAGO SERVICIOS** ☐ **RA** ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

Digite su profesión
 PROFESION TECNOLOGO EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

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

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los 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 último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud, y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán 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, suministraré 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 ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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 las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UTAI, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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.

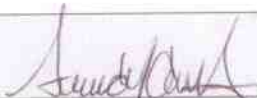
5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente 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 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 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 mí.

8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION:** Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE
 HE 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:		ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Bogotá, Junio 18 de 2018

Señora:

CARDENAS GARZON SINDY YOHANA
CC. 1024490642 CL 63 BIS 75 23 - 3810240
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 17 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GUZMAN CARDENAS JUAN SEBASTIAN	1021673994	T	Ene-19-2017	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CARDENAS GARZON SINDY YOHANA	1024490642	C	Ene-17-2017	52	241	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GUZMAN SANJUAN WILLIAM	6805098	C	Ene-15-2016	1	0	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Feb-27-2016	Exclusion Beneficiario	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA	1024490642	Dependiente	CERRADO
MANEJO TÉCNICO DE INFORMACION S A	1024490642	Dependiente	VIGENTE
PROCESOS Y BACKOFFICE SAS	1024490642	Dependiente	CERRADO
SINDY YOHANA CARDENAS GARZON	1024490642	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SINDY YOHANA CARDENAS GARZON identificado(a) con C.C No. 1.024.490.642, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 18 de junio del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1024490642

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

SINDY

Primer Nombre

YOHANA

Segundo Nombre

CARDENAS

Primer Apellido

GARZON

Segundo Apellido

06/04/1989

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CLL 63 BIS # 75 B 23

Dirección de Residencia

3067516

Teléfono Fijo

SALUD TOTAL

EPS - Salud

COLFONDOS

AFP - Pensiones

Técnicos: 1.500.000

Honorarios

TECNOLOGO EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

sindyguz06@hotmail.com

Correo Electrónico

3124617161

Celular


Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 111175901



WEB

18:34:46

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 18 de junio 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) SINDY YOHANA CARDENAS GARZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024490642:

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.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 18 de junio de 2018, a las 19:08:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1024490642
Código de Verificación	1024490642180618190804

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

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 18 de Junio de 2018 - 19:10 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) **SINDY YOHANA CARDENAS GARZON**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTICUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS** de BOGOTÁ D.C.

1024490642

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 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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **6_GRPE_1019**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:11:45 horas del 18/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1024490642**

Apellidos y Nombres: **CARDENAS GARZON SINDY YOHANA**

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



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

19/06/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor SINDY YOHANA CARDENAS GARZON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1024490642**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570473870202727
Fecha de apertura	13/01/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA