



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 10-mar-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

DOMINIO DE IDIOMAS

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
inglés		X			X			X	

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO							
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS			
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	carolina_ariza1@hotmail.com					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO				
4399090	DÍA 1 MES 4 AÑO 2020		DÍA MES AÑO				
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN					
PEDIATRA INTENSIVISTA	UCI PEDIATRICA	AV 1 MAYO# 40-20 54					

EMPLEO O CONTRATO							
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS			
Hospital Santa Clara		X		Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	carolina_ariza1@hotmail.com					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO				
3283105	DÍA 1 MES 5 AÑO 2016		DÍA MES AÑO				
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN					
PEDIATRA INTENSIVISTA	UCIP	Cra. 14b No. 1 45 sur, Bogota					



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 10-mar-2021

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	0
Pública	4	10
Total	4	10

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

sideap 2.0

Última Actualización: 10-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JENNY CAROLINA ARIZA CORREA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1032378023 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección AV CARRERA 60 # 22-99

Teléfonos 3102304937 6226221

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUIS EDUARDO ARIZA PINZON	79107076	Padre
DIANA MARITZA CORREA CASTRO	51924203	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 11.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 11.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	458200058899	Diverplaza	\$ 1.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	ford edge	\$ 60.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	vivienda	\$ 130.000.000,00
Helm	Vehiculo	\$ 60.000.000,00

FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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



El futuro
es de todos
Gobierno
de Colombia

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-mar-2021

Promedico

Estudio

\$ 30.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	9431762

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 10-mar-2021

CIUDAD Y FECHA

Señores

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

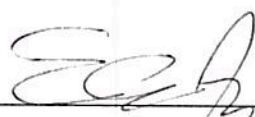
Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

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

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

Para constancia se firma en Bogotá a los 20 de 10 de 2020

Cordialmente,


C.C. 1032378023

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

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

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

Adicionalmente me comprometo a:

Nombre: Jenny Carolina Ariz Carrera

Documento: 1032378023

Cargo: carolina-ariz-21@hotmail.com

Fecha: 20/10/2026

La Fundación Universitaria Juan V. Correa

Institución Universitaria con personería jurídica 2605 del 29. Mayo
de 1974 del Ministerio de Educación Nacional



ESCUELA DE MEDICINA

En nombre de la República de Colombia,
por autorización del Ministerio de Educación Nacional y

Teniendo en cuenta que:

Jenny Carolina Ariza Correa

C.C. 1.072.572.023 de Bogotá, D.C.

culminó satisfactoriamente los programas y requisitos académicos
establecidos por la Fundación y los demás exigidos
por la ley; le confiere el título de:

Médico y Cirujano General

Código: 270746100001100111100

y le otorga el presente Diploma que lo acredita como tal,
reprendándolo con las firmas y sellos respectivos.

Bogotá D.C. Noviembre 15 de 2009

Nº. 5095

Asesor Legal

Decano

Secretario General

LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Decreto Jurídico Resolución 12367 de Agosto 16 de 1981 M.E.N.



TENIENDO EN CUENTA QUE

Jenny Carolina Ariza Correa

IDENTIFICACION LA C.C. N. 1032356023

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

Facultad de Medicina Bogotanos

LE OTORGA,

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE:

Especialista en Pediatría

EN FE DE LO CUAL FIRAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACIÓN
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, LOS VEINTICUATRO (24) DÍAS DEL MES DE *abril* DE *dos mil quinco* (2015)

Director
DIRECTOR

Decano
DECANO

Secretario General

SECRETARIO GENERAL

DIPLOMA N.º 38033

EN ATENCIÓN A QUE:

JENNY CAROLINA ARIZA CORREA

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.032.378.023 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C.

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 12 DE FEBRERO DE 2020


RECTORA

DIRECTOR DE POSTGRADOS



PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO



DIRECTOR DEL PROGRAMA



SECRETARIO GENERAL





Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Secretaría General

ACTA DE GRADO No. 407

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el día 15 del mes de Diciembre de 2009, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores ANA MARIA PIÑEROS RICARDO Rectora, LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO Vicerrector Académico, JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO Vicerrector Administrativo, JAIME GARCIA CADENA Decano, CARMEN ALICIA ESPINOSA DE DIAZ Directora del Departamento Jurídico y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General, con la asistencia de los Doctores MONIQUE MEZIAT RESTREPO Directora de Bienestar Universitario y LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado.

en el cual la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código del Programa No. 1807, otorgado por el ICFES, Registro Calificado otorgado mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1494 del 26 de Marzo de 2008, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

a JENNY CAROLINA ARIZA CORREA

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.032.378.023 de Bogotá, D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No. 5025 que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de Diciembre de 2009.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.


Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADOS
Sede Bogotá, D.C.
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA
SNIES 4617

ACTA DE GRADO N° 2170

En la ciudad de Bogotá, D.C., el día veinticuatro (24) del mes de Abril del año dos mil quince (2015), se llevó a cabo el Acto de Graduación de la Facultad de Medicina - Posgrados; en el cual la Fundación Universitaria San Martín, Institución de Educación Superior debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución N° 12387 de 1981, y con la debida autorización del Consejo Académico de la Facultad, según acta de graduación No. 097 del día 13 de Abril del año 2015 y previo el cumplimiento de los requisitos académicos, legales y reglamentarios, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

A:

Jenny Carolina Ariza Correa

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía N° 1032378023

En cumplimiento de las normas reglamentarias se autoriza la entrega del Diploma N° 38033 con Número de Registro 30620 anulado al Folio 10 del Libro 08 de fecha veinticuatro (24) de Abril del año dos mil quince (2015), información que reposa en la Secretaría General de la Fundación.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los veinticuatro (24) días del mes de Abril del año dos mil quince (2015).

EDGAR ENRIQUE MARROQUIN PUNTES (Fdo.)
RECTOR

ALEJANDRO SUAREZ PARADA (Fdo.)
SECRETARIO GENERAL (E)

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los veinticuatro (24) días del mes de Abril del año dos mil quince (2015).

ALEJANDRO SUAREZ PARADA
SECRETARIO GENERAL (E)



UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 12 de febrero del año 2020, según consta en el Acta No. 1178 y Acuerdo No. 16442 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

JENNY CAROLINA ARIZA CORREA
C.C. No. 1.032.378.023 DE BOGOTÁ D.C.

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

En ceremonia solemne del día cinco (05) de marzo del año 2020, se le hará entrega del diploma No. 23871, el cual aparece registrado con el No. 24251, al folio 1406 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2020.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de acta de grado, en Bogotá, D.C, a los veinticinco (25) días del mes de febrero del año dos mil veinte (2020).

MARIA CLARA RANGEL GALVIS
RECTORA

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

NOTARIA 69 DE BOGOTÁ

AUTENTICACIÓN FIRMA REGISTRADA

El(La) suscrito(a) Notario(a) certifica que la firma de:

MARIA CLARA RANGEL GALVIS

con C.C. 25497790

que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en esta Notaría. Previa confrontación de las dos.

Bogotá D.C. 2020-03-04

Art. 73 Decreto 960/1970

Verifique en www.notariasmibogota.com Srd8r



CARLOS ALBERTO RAMÍREZ PARDO
NOTARIO (E) 69 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

NOTARIA 69 DE BOGOTÁ

AUTENTICACIÓN FIRMA REGISTRADA

El(La) suscrito(a) Notario(a) certifica que la firma de:

LUIS ARTURO RODRIGUEZ BUITRAGO

con C.C. 19355945

que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en esta Notaría. Previa confrontación de las dos.

Bogotá D.C. 2020-03-04

Art. 73 Decreto 960/1970

Verifique en www.notariasmibogota.com Srd2u



CARLOS ALBERTO RAMÍREZ PARDO
NOTARIO (E) 69 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.



Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que
CAROLINA ARIZA CORREA

Realizó el curso de

PROVEEDOR PALS

Según las normas de la American Heart Association
Certificamos 48 horas de estudio

Septiembre de 2017

en la ciudad de Bogotá

Alexandra Martinez

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIÁTRICO



American
Heart
Association

American Academy
of Pediatrics



Proveedor de SVAP/PALS

CAROLINA ARIZA CORREA

La persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas
cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte vital
avanzado pediátrico de la American Heart Association.

Septiembre 9 de 2017

Fecha de emisión

Septiembre 10 de 2019

Fecha de actualización recomendada

Bogotá D.C. 20/10/2020

Señores:

Fundación Universitaria Juan N. Corpas
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jenny Carolina Ariza Correa 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:

Medico y Cirujano General
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

SCA

No. de documento:

1032378023

Tarjeta profesional No:

1032378023

Dirección de contacto:

carolina-ariza1@hotmail.com

Teléfono:

310 2304937

Bogotá D.C 20/10/2020

Señores:

Fundación Universitaria San Martín
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

._**/

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jenny Caroline Ariza Correa 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:

Especialista en Pediatría
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 304

No. de documento: 1032378023

Tarjeta profesional No: 1032378023

Dirección de contacto: carolina-ariza.1@hotmail.com

Teléfono: 3102304937

Bogotá D.C. 20/10/2020

Señores:

Universidad El Bogota

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

._**/

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jenny Caroline Ariza Correa 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:

Especialista Medicina Crítica y Cuidado Intensivo Pediátrico
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento: 1032378023

Tarjeta profesional No: 1032378023

Dirección de contacto: carolina-ariza@hotmail.com

Teléfono: 3102304937

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.378.023

ARIZA CORREA
APELLIDOS

JENNY CAROLINA
NOMBRES

[Handwritten signature]



FECHA DE NACIMIENTO 04-ENE-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-ENE-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

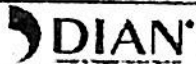
[Handwritten signature]
REGISTRADORA NACIONAL
ALBA LUCIA REINOSO LOPEZ

INDICE DERECHO



P-1500113-4513544-F-1002378023-20050318

0106205077N 03 179500650



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

VERIFICACIÓN

001

3. Concepto: 02 Actualización
Formulario suscrito por el contribuyente

4. Número de formulario

14328211292



5. Número de identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 2 3 7 8 0 2 3 - 1

6. DV

12 Dirección electrónica

14 Dirección electrónica

3 2

24 Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión líquida

25 Tipo de documento

2 Cédula de ciudadanía

IDENTIFICACION

26 Número de identificación

1 3 1 0 3 2 3 7 8 0 2 3

27 Fecha expedición

2 0 0 5 0 1 1 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28 País

COLOMBIA

29 Departamento

1 6 9 Bogotá D.C.

30 Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

31 Primer apellido

ARIZA

32 Segundo apellido

CORREA

33 Primer nombre

JENNY

34 Otros nombres

CAROLINA

35 Razón social

36 Nombre comercial

38 País

COLOMBIA

39 Departamento

1 6 9 Bogotá D.C.

40 Ciudad/Municipio

1 1 Bogotá, D.C.

41 Dirección principal

CL 69 A 105 H 59 BRR VILLAS DEL DORADO

42 Correo electrónico

CAROLINA_ARIZA1@HOTMAIL.CO

43 Apartado aéreo

44 Teléfono 1

45 Teléfono 2

8 4 1 5 6 9 0

3 1 0 2 3 0 4 9 3 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46 Código

8 6 2 1

47 Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 1 0 1

Actividad secundaria

48 Código

49 Fecha inicio actividad

50 Código

1 2

Ocupación

51 Código

2 2 2 1

52 Número de establecimiento

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53 Código

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

05- Impo. renta y compl. régimen ordinario

16- Obligación facturar por ingresos bienes y/o servicios

DOCUMENTO

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

55. Tipo

Servicio

1 2 3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexo

SI

NO

60. No de Folio

1

61. Fecha

2 0 1 5 0 2 2 3

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 12 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del declarante

CANCILLA

Señor persona de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

64. Nombre

ATENCIA CANCHILA EDGARDO MANUEL

65. Cargo

Gestor I



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

Fecha: 18-08-2016
Hora: 2:23:34 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 1032378023 JENNY CAROLINA ARIZA CORREA

Información

Dirección CL 69 A 105 H 59

Teléfonos

Dirección CAROLINA_ARIZA1@HOTMAIL.

Fax

Información de

Fecha Inscripción 18/08/2016

Sopóte Inscripción 13955643

Fecha Inicio Actividades 01/01/2013

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JENNY CAROLINA
ARIZA CORREA

C.C. 1032378023

MEDICO(A)

Expedicion 03/03/2011

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No. 18 1648/2010

Profesión u Ocupación
MEDICO

Nombres y Apellidos
ARIZA CORREA JENNY CAROLINA

De BOGOTÁ, D.C.
Ciudad BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Expedición 29/12/10

Código 65144/11

CC 1032378023

Institución de Educación E.M.I.N. CORPAS



GOBERNACION DEL CAQUETA
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
NIT. 800198972-6

RESOLUCION NUMERO 18 001648 DE 2010

POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO
PROFESIONAL

El Director del Instituto Departamental de Salud del Caquetá, de Conformidad con el Decreto 001875 del 3 de agosto de 1994, del Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto No. 0334 de 1956 y Resolución 00053 del 31 de enero de 1995, del Servicio Seccional de Salud del Caquetá, y

CONSIDERANDO

Que, JENNY CAROLINA ARIZA CORREA ***
Identificado con No. 1032378023 de BOGOTA D.C ***
ha solicitado autorización del ejercicio profesional, como MEDICO Y CIRUJANO GENERAL ***
según título que le otorgo FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
Según Acta de Grado No. 407 y Diploma No. 5025 de 15/12/2009

Que dicho TITULO se encuentra debidamente registrado al folio No. 72 del Libro 1
del 15/12/2009, por FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en S.E RAFAEL TOVAR POVEDA
del Municipio de BELEN DE LOS ANDAQUIES (CAQUETA)
En el Periodo comprendido entre 21/12/2009 al 30/06/2010

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO : Autorizar a : JENNY CAROLINA ARIZA CORREA ***
con Cédula de Ciudadanía No. 1032378023 de BOGOTA D.C ***
Para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO GENERAL ***
en el Territorio Nacional.

CUMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Florencia (Caquetá),

LUIS GONZALO PLATA SERRANO

Director

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C103237802300019947

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JENNY CAROLINA ARIZA CORREA**, identificado(a) con C.C. No. 1032378023 y T.P. o R.M. No. 18 1648/2010 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene 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 que se encuentren vigentes en dicho momento.

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 27 enero 2021 a solicitud del(a) interesado(a).



GERMAN GAMARRA HERNANDEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

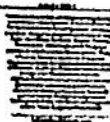
antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org



INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO



* 1 2 1 6 1 1 6 1 *



Página N° : 1
Fecha de ingreso : 06/11/2018 09:51
Fecha de impresión : 09/11/2018 13:26

Nó. de Orden : 12161100	No Interno:
Paciente : ARIZA CORREA CAROLINA	Edad : 28 Años
Documento Id : 1032378023	Teléfono : 2234238
Empresa : PARTICULARES	E-Mail: e
Sede : NORTE	N° ingreso: E02-218310

ROJADR

Examen

Resultado

Unidades

Valores de referencia

ENDOCRINOLOGIA

HEPATITIS B, ANTICUERPOS CONTRA EL Ag DE SUPERFICIE 1000 mUI/mL

VALORES DE REFERENCIA:

Menor o Igual a 10: Revacunación (1 Dosis y evaluación del nivel de Anti-HBs)

10-100: Evaluación a intervalos regulares cada 3 a 6 meses.

Mayor de 100: Revacunación transcurridos 10 años (1 Dosis)

Método: Electroquimioluminiscencia.

Vb. GISCA

Varicela sístar ANTICUERPOS IgG

INDICE DEL PACIENTE : 2.46

VALORES DE REFERENCIA:

Negativo: Menor de 0.9
Indeterminado: De 0.91-1.0
Positivo: Mayor de 1.1

Método: Microelisa.

Varicela sístar ANTICUERPOS IgM

INDICE DEL PACIENTE : 0.11

VALORES DE REFERENCIA:

Negativo: Menor de 0.9
Indeterminado: De 0.91-1.0
Positivo: Mayor de 1.1

Vb. MOREA

Eddy P. Soto González
BACTERIOLOGÍA U.C.M.C.
RESOLUCIÓN 19-1693

Nota: La empresa no se responsabiliza de enmendaduras realizadas en el reporte.

LAGO
Calle 76 No. 13 - 46
Tel: 622 1865
Fax Laboratorio: 621 0894
Fax Idme: 312 3042

MONTE
Autopista Norte No. 122 - 78
PISO: 620 7089 - 620 5683 - 620 1155
Fax: 619 5152

IBAGUE
Carrera 4D No. 22 - 29
Teléfono: (076) 264 1508

ZIPAQUIRA
Carrera 11 No. 5 - 81
Teléfono: (071) 851 0481 - 851 0483

PENERIA
Carrera 514 No. 22
Teléfono: (030) 334 4135 - 325 4203
Fax: 325 4199

CHOLIMA
Carrera 9A No. 14 - 15
Teléfono: (076) 723 58

Servicio al cliente: idime@latino.net.co • laboratorio@idime.com.co • Internet: www.idime.com.co

		m			
CERTIFICADO OCUPACIONAL					

Fecha	DÍA	MES	AÑO	Consecutivo
	14	9	2018	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN					
Nombre(s)	JENNY CAROLINA		Apellido(s)	ARIZA CORREA	
Número documento de identificación	1032378023	EPS	SALUD TOTAL	ARL	BOLIVAR
Nombre de la empresa	HOSPITAL SANTA CLARA		Cargo actual o de ingreso	PEDIATRA INTENSIVISTA	
Tipo de examen	Ingreso ☒	Periódico ☐	Retiro ☐	Accidente ☐	Post incapacidad ☐

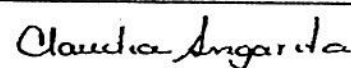


DIAGNÓSTICO MÉDICO OCUPACIONAL		CIE 10
1.	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	Z100
2.	TRASTORNO DE REFRACCION CORREGIDO TIPO MIOPIA	H526
3.		

RESULTADO	
☒ Apto sin restricciones ☐ No apto ☐ Examen de retiro satisfactorio	☐ Sospecha de EP ☐ Apto para alturas ☐ Aplazado <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> APTO PARA INGRESAR A TRABAJAR POR NO PRESENT. PATOLOGIAS NI OTRAS ALTERACIONES. </div>

RECOMENDACIONES O RESTRICCIONES	
1.	Habitos de vida saludable
2.	Nutrición y ejercicio
3.	Higiene postural
4.	Control periodico anual
5.	Corrección optica permanente
6.	
7.	

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL ASPIRANTE / TRABAJADOR  1032378023	NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO OCUPACIONAL  Dra. Claudia Patricia Angarita Poblador Médico Especialista en Salud Ocupacional Res 4622/2014
--	--

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

JENNY CAROLINA ARIZA CORREA

C.C.: 1032378023

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

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

FECHA: 19/10/20 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: BOGOTA

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: ALBA SEGUNDO APELLIDO: CORREA PRIMER NOMBRE: JENNY SEGUNDO NOMBRE: CAROLINA

TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X) No IDENTIFICACION LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento) FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)

C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ 1032378023 BOGOTA 12/01/2005

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

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA: 04/01/20 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento): BOGOTA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)

SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DEVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ PERSONAS A CARGO: 0 NUMERO DE HIJOS: 0 TELEFONO FIJO/CELULAR: 310230437

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)

PRIMARIA ☐ BACHILLER ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ CUAL: INTENSIVISTA PEDIATRA UNIVERSITARIO ☐ POSTGRADO ☒ MAGISTER ☐ OTRO ☐ PROFESION/ OFICIO: INTENSIVISTA PEDIATRA

DIRECCION RESIDENCIA: AVK 60 # 22-99 CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA DEPARTAMENTO: BOGOTA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA:

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: cadimanzan@hotmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA (Marca con X) PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: RIVEROS SEGUNDO APELLIDO: AVAREZ PRIMER NOMBRE: EMILIO SEGUNDO NOMBRE: ANDRES

TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X) NUMERO IDENTIFICACION LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento) FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)

C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ 9431762 BOGOTA 27/06/2001

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

ASALARIADO ☐ CONTRATISTA ☒ PENSIONADO ☐ ESTUDIANTE ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐

HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA: ☐ CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☒ NO ☐ IVA SI ☐ NO ☐ ICA SI ☐ NO ☐ CODIGOS C11 U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO) PRINCIPAL: 8621 SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: SUBRED CENTRO ORIENTE NIT: 900959051-7

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ ENERGIA ☐ ALIMENTOS ☐

EXPORTACIONES ☐ FINANCIERA ☐ MEDICAMENTOS ☐ AGROPECUARIA ☐ INDUSTRIAL ☐ TECNOLOGIA ☐ OTRA: ☐

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	13'000.000	TOTAL EGRESOS	7'000.000	TOTAL ACTIVOS	450.000.000	TOTAL PASIVOS	150.000.000
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
CEMIN	MANDURRAGA	LAURA	ROCIO
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
	BARBANGUITA	AMIGA	300 843 7271

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVINIENDA	WENTA AHORROS		DIVERPLAIA	

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

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐
				CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

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

9. DECLARACIÓN 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.):

MEDICO INTENSIVISTA PEDIATRA

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

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se 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, 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.

10. 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 legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los 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 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o 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 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.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, 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, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal c) 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 sarlaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

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

11. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha y Hora:		2. Ciudad:	
3. Nombre del funcionario Subred			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			
8. Proceso Responsable Subred			

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

1. Fecha y Hora:		2. Ciudad:	
3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y No Cédula:			
7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred			

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Total points 160/160

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

Email address *

carolina_ariza1@hotmail.com

Documento de Identidad *

1032378023

Nombres y apellidos *

JENNY CAROLINA ARIZA CORREA

Número de contacto *

3102304937

Nivel jerárquico *

Profesional

Tipo de vinculación *

Contrato

Unidad a la que pertenece *

Bogotá Enero 27 de 2021

Señora:
ARIZA CORREA JENNY CAROLINA
CC. 1032378023
CL. 69A 105H 59 - 2332211
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 Diciembre 26 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
ARIZA CORREA JENNY CAROLINA	1032378023	C	Dic-26-2017	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ARIZA CASTRO DIANA MARITZA	51924203	C	Dic-26-2017	52	26	PADRES	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COPIA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL	1032378023	Dependiente	CERRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	1032378023	Dependiente	CERRADO
JENNY CAROLINA ARIZA CORREA	1032378023	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
UNIVERSIDAD EL BOSQUE	1032378023	Estudiantes de Postgrado en salud	CERRADO

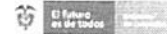
CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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.

Confidencialmente

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
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



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JENNY CAROLINA ARIZA CORREA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032378023**, se encuentra afiliado/a desde **07/10/2010** al Régimen de Prima Medica con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

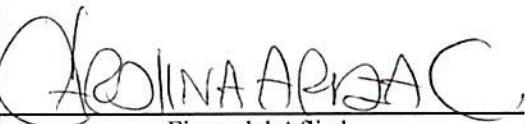
La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de enero de 2021.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

www.colpensiones.gov.co - 1032378023

Verificado el 27/01/2021 a las 10:00 AM

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES</p>	<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-08-04</p>	
DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE			
1032378023		SURA	
Numero de Documento		ARL	
ARIZA	CORREA	Jenny	CAROLINA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
04/01/87	BOGOTÁ	AVK 60 #22-99	3102304937
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
SALUDOTAL	COLPENSIONES	\$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Pediatra Intensivista			
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato		
carolina.ariza1@hotmail.com	3102304937		
Correo Electrónico	Celular		
			
Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato		
	C.C.		
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484			

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 159566980



WEB
11:55:37
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de enero del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JENNY CAROLINA ARIZA CORREA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032378023:

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 llanamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

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

ATENCIÓN:

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

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 27 de enero de 2021, a las 11:56:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032378023
Código de Verificación	1032378023210127115639

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

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1, Código Postal 111071, PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1



Bogotá, D.C., 27 de Enero de 2021 - 11:54 am

**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) **JENNY CAROLINA ARIZA CORREA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL VEINTITRES** de BOGOTÁ D.C.

1032378023

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.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1_Y9Q99_5411**

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:57:35 horas del 27/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1032378023

Apellidos y Nombres: ARIZA CORREA JENNY CAROLINA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



Todos los derechos reservados.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

08/03/2021

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **JENNY CAROLINA ARIZA CORREA** con Cédula de Ciudadanía número **1032378023**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550458200058899
Fecha de apertura	26/04/2011

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA