

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FÍSICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS				
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II				
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 196 de 1995)				
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 196 de 1995)				
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS				
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO				
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES				
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICPEs. (Res. 00950 del 15 de mayo de 2015)				
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)				
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA				
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%				
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT; CÓDIGO CIU _____ FECHA _____				
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT				
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)				
14	TARJETA PROFESIONAL				
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)				
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)				
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)				
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0/1 mes/ 6 meses/1 año - 10 años de vigencia) V/O O TITULACIÓN (reactiva)				
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)				
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años				
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)				
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APII)				
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)				
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)				
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)				
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTI - PERSONA NATURAL (SURLAP) - Completamente diligenciado				
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____				
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____				
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____				
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORIA (vigencia no mayor a 3 meses)				
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICIA (vigencia no mayor a 3 meses)				
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)				

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Proceso Solicitante	Fecha:
V°/B° Talento Humano:	Fecha:
V°/B° Contratación:	Fecha:

[Aumentar el contraste](#)

UTC-05:01:01

jenny maritza lom...



Búsqueda ▾

Mis procesos ▾

Menú ▾

Ir a ▾

Buscar...



Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página: 14305862 [Ayuda ?](#)

Mis datos de usuario



Noticias SECOP



Mis registros



Accesos del usuario



Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

NIT	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
1014258445	jenny maritza lombana amortegui	12 días de tiempo transcurrido (16/11/2017 12:07:15 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	12 días de tiempo transcurrido (16/11/2017 12:07:15 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado

[Cambiar el estilo de paginación](#)

Nuevo registro



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LOMBANA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AMORTEGUI	NOMBRES JENNY MARITZA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 1014258445	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐ COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 1 MES 08 AÑO 1994 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO BOGOTA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 81 N 65-39 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO BOGOTA TELÉFONO 3228923364 EMAIL jennymaritzapitol@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
										☒	12	2011

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				
TC	3	X		Auxiliar de Enfermería	6	2	0	1	5	1014258445

ESPECÍFIQUE 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
INGLES	X			X			X		

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
SUBRED CENTRO ORIENTE-HOSPITAL SANTA CLARA	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	jennymaritzapitol@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3228923364	DÍA 25 MES 07 AÑO 2015		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de Enfermería	CUNDINAMARCA	CR 81 N 65-39	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
			COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
	BOGOTÁ		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3228923364	DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
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 1998)

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	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	4

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).

Jenny Lombana
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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD
ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL***

CÓDIGO: A-GTH-FM-06

VERSIÓN: 2

FECHA VIGENCIA: Julio de 2014

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO,

JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 1.014.258.445 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN

CARRERA 81 N° 65-39 SUR

TELÉFONOS

3228923364

MUNICIPIO
BOGOTÁ D. C.DEPARTAMENTO
BOGOTÁ D. C.PAÍS
COLOMBIA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
PEDRO HECTOR LOMBANA	80.390.153	PADRE
BERTHA LIGIA AMORTEGUI	39730090	MADRE

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	\$ 1.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
ARRIENDOS	0
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
TOTAL	\$ 1.000.000

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
Banco de Bogotá	Cuenta de Ahorros	102-67346-4	Avenida Primera	1.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

* Formato adoptado por el DASCD y diseñado por el Departamento Administrativo de la Función Pública en cumplimiento de lo establecido en la ley 190 de 1995

ALCALDE MAYOR
DE BOGOTÁ C.C.**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD
ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL***

CÓDIGO: A-GTH-FM-06

VERSIÓN: 2

FECHA VIGENCIA: Julio de 2014

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	0

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

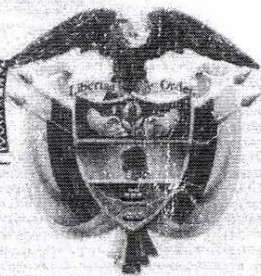
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

Jenny Lombana

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

12-01-18 Bogotá

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la
**Institución Educativa Departamental
Urbana de Cáqueza**
Cáqueza - Cundinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
según Resolución No. 003334 del 17 de Julio de 2003

Confiere a:

Jenny Maritza Lombana Amortegui

Identificada(a) con C.C. 94.081.902.130 Exp. Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

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



Juan Mauricio Pardo Orjuela
Rector

Angel Urbano Hernández Catro
Secretario

Anotado al Folio No. 44 del Libro de Control Interno de Diplomas No. 002

Dado en Cáqueza, a los 03 días del mes de Diciembre de 2011

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994,
Expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia
de la República

Escuela de Auxiliares de Enfermería
Santafé de Bogotá, SAS
"ESAESBOGOTA SAS"

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los cuatro (04) días del mes de junio de 2.015, se reunieron los Suscritos Directora y Coordinadora Administrativa, de la **ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA SANTAFE DE BOGOTA, SAS, "ESAESBOGOTA SAS"**, Institución con concepto favorable mediante **Acuerdos No. 117 de diciembre 23 de 2.008 y 235 de julio 24 de 2.009 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud Ministerio de Protección Social Ministerio de Educación Nacional; Resoluciones 160043 de junio 11 de 2.009, 160119 de noviembre 26 de 2.009, 160019 de junio 15 de 2.010, 160025 y 160026 de agosto 26 de 2.010 de la Secretaria de Educación de Bogotá**, con el fin de formalizar la Graduación de la **VIGESIMA SEPTIMA PROMOCION**, para otorgar el **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL COMO TECNICO LABORAL EN:**

AUXILIAR EN ENFERMERIA

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

Jenny Maritza Lombana Amortegui

Identificada con C.C. No. 1.014.258.445 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original No. **27** Folios **49 -50** de fecha cuatro (04) días del mes de junio de 2.015, que consta de **22** estudiantes que comienza con el nombre de **María Eneyne Acevedo Botero** y cierra con el nombre de **Ruby Alejandra Vergara Ríos**

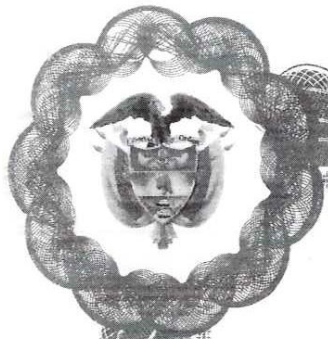
Dada en Bogotá, D.C. a los cuatro (04) días del mes de junio de 2.015

Firmada y Sellada por:


Fabiola Enciso Montero
Directora


Myriam Stella Domínguez A.
Coordinadora Administrativa

AVENIDA CALLE 45A SUR 52C - 96, PISO 5º
Teléfonos: 7110534 - 7130093
Celular 3208334469
Bogotá, D.C.



Acta Individual de Grado

Institución Educativa Departamental

Urbana de Cádiz

En Ciudad de Cádiz, a los 3 días del mes de Diciembre del año 2011 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as), de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de la Institución Educativa Departamental Urbana de Cádiz, Institución con reconocimiento oficial en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el título de Bachiller Académico, según resolución No. 003334 del 17 de Julio de 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos (as), que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el

TÍTULO DE:

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

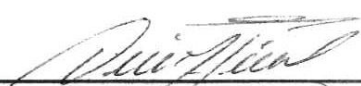
Jenny Maritza Lombana Amortegui

Identificado (a) con C.C. 94.081.902.130 Exp. Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 023 Folio No. 44 de Fecha 3 de Diciembre de 2011, que consta de 139 alumnos (as) graduandos; que comienza con el nombre de **ACOSTA ACOSTA MILENA** y se cierra con el nombre de **WALTEROS RODRIGUEZ LOYALTY YUSLEY**, firmado y sellado por Juan Mauricio Pardo Orjuela (Rector) y Angel Urbano Hernández Castro (Secretario).

Dada en Cádiz, a los 3 días del mes de Diciembre de 2011.


JUAN MAURICIO PARDO ORJUELA
C.C. 19.321.589 de Bogotá
Rector


ANGEL URBANO HERNÁNDEZ CASTRO
C.C. 3.022.830 de Fosca
Secretario

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.</small></p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
<p>Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos</p>	<p>Código EGT-FT-656</p>	<p>Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano</p>	<p>Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06</p>

Bogotá, D.C

Señores

Esaesbogota SAS

(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 Maritza Lombana Amortegui, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Auxiliar de Enfermería

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

Jenny Maritza Lombana

No. de documento:

1014258445

Tarjeta profesional No.:

1014258445

Dirección de contacto:

cra 81 n° 65-39

Teléfono:

3228923364

**LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E**

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI** identificada con CC. N° 1.014.258.445, presta sus servicios en la USS Santa Clara mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

AS 1814 2015	del	13 al 31 de agosto de 2015
AS 2091 2015	del	07 de septiembre al 30 de noviembre de 2015
AS 3769 2015	del	01 al 31 de diciembre de 2015
AS 0072 2016	del	01 de enero de 2016 EN EJECUCION

OBJETO DEL CONTRATO:

APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AS 0072 2016, honorarios promedio mensuales (\$1, 525.700).

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado (a) a los nueve (09) días, del mes de Diciembre de 2016

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la Carrera 12 d No. 26 a – 62 Sur, oficina de Contratación OPS.

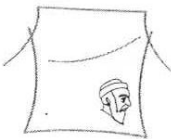
Cordialmente,



HEYDE DEL CARMEN RODRIGUEZ PEREZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora oficina jurídica- Contratación Ops
Proyecto: Claudia Jiménez Bautista – Técnico Oficina de Contratación Op



FUNDACIÓN GERONTOLÓGICA LAS CANITAS
NIT 830.097.746-3

REFERENCIA LABORAL

A QUIEN INTERESE:

La suscrita Jefe de Recursos Humanos hace constar que la señorita JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 1.014.258.445 de Bogotá, laboró en la FUNDACION, como AUXILIAR DE ENFERMERÍA, desde el 11 de Diciembre de 2014 hasta el 30 de Marzo de 2015.

Es una persona, responsable y cumplidora de sus obligaciones.

Además se informa que la FUNDACION se encuentra a PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO, con la persona referenciada.

La presente se expide a los seis (06) días del mes de Julio de 2015, en esta ciudad de Bogotá.

Cordial saludo,


Fundación Gerontológica Las Canitas
Recursos Humanos
SAMANTA LOPEZ LOPEZ.
Jefe Recursos Humanos

F.G.R.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.014.258.445**

LOMBANA AMORTEGUI

APELLIDOS

JENNY MARITZA

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

Jenny Lombana
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-AGO-1994**

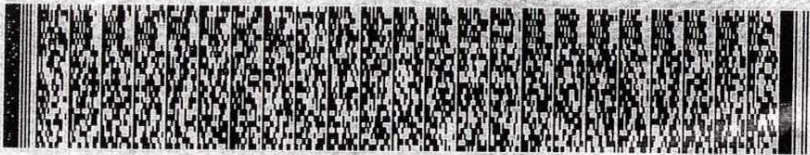
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00410893-F-1014258445-20121106 0031617516A 1 38491192

 DIAN <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUSCA <small>Modelo Único de Pagos, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto: ☐ 0 ☒ 1 Inscripción Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario: 14342979795  (415)7707212489984(8020) 000001434297979 5	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 4 2 5 8 4 4 5 - 4 6. DV: 4 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico: 3 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida ☒ 2 25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía ☒ 1 ☒ 3 26. Número de identificación: 1 0 1 4 2 5 8 4 4 5 27. Fecha expedición: 2 0 1 2 0 9 2 8		28. País: COLOMBIA ☒ 1 ☒ 6 ☒ 9 29. Departamento: Bogotá D.C. ☒ 1 ☒ 1 30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. ☒ 0 ☒ 0 ☒ 1	
31. Primer apellido: LOMBANA 32. Segundo apellido: AMORTEGUI 33. Primer nombre: JENNY 34. Otros nombres: MARITZA		35. Razón social: 36. Nombre comercial: 37. Sigla:	
UBICACION			
38. País: COLOMBIA ☒ 1 ☒ 6 ☒ 9 39. Departamento: Bogotá D.C. ☒ 1 ☒ 1 40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. ☒ 0 ☒ 0 ☒ 1		41. Dirección principal: CL 65 SUR 78 F 15 42. Correo electrónico: lombanajenny@gmail.com 43. Apartado aéreo: 44. Teléfono 1: 3 1 0 8 0 3 8 0 2 8 45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION			
Actividad económica Actividad principal 46. Código: 8 6 9 2 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 0 7 0 6 Actividad secundaria 48. Código: 8 2 9 9 49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 0 7 0 6 Otras actividades 50. Código: 1 2 Ocupación 51. Código:		52. Número establecimientos:	
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 1 2			
Usuarios aduaneros		Exportadores	
54. Código:		55. Forma: ☐ 56. Tipo: ☐ 57. Modo: ☐ 58. CPC: ☐	
Para uso exclusivo de la DIAN			
59. Anexos: SI ☒ NO ☐		60. No. de folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 5 0 7 0 6	
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante: <i>Jenny Lombana</i> 1014258445		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre: URUEÑA SERRANO DIEGO ALFONSO 985. Cargo: Punto de Contacto Presencial	

12- Ventas régimen simplificado

CONTRIBUYENTE NIT 1014258445-4 JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI

Información General

Dirección CL 65 SUR 78F 15

Teléfonos 3228923364

Dirección electrónica lombanajenny@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 22440383

Fecha Inicio Actividades 06/07/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y 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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001077149

Fuente ICA TE TOCA

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JENNY MARITZA
LOMBANA AMORTEGUI

C.C. 1014258445

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 10/08/2015



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 8635 de 31/07/2015

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) LOMBANA AMORTEGUI JENNY MARITZA Identificado(a) con CC número 1014258445 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE AUXILIARES EN ENFERMERIA E.S.A.E. el día 04/06/2015.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a LOMBANA AMORTEGUI JENNY MARITZA identificado(a) con CC número 1014258445 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 31/07/2015.

Isabel Cristina Artunduaga P.
Directora de Calidad de
Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó : Daniel Ortiz B.
Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 10-08-15
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Jenny Lombana
CC. # 1014258445

Firma Jenny Lombana

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



BOGOTÁ
HUMANANA

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1014258445

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación
consultada, Se encuentra inscrito en el
Registro Único Nacional del Talento
Humano en Salud (ReTHUS).

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1a.			
HEPAVAX GENE	2a.			
	3a.			

Refuerzo HB 07-03/15 034L004A u

INFLUENZA AGRIPAL * SI	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

HEPATITIS A EP AXAL *	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR *	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a.			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1a.	15-04/14	034L004A	
HEPAVAX GENE	2a.	15-04/14	034L004A	
	3a.	12-04/14	034L004B	

Refuerzo HB 07-03/15 034L004A u

INFLUENZA AGRIPAL * SI	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

HEPATITIS A EP AXAL *	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR *	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a.			

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☐ Periódico ☒ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **23/11/2016 09:22:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Doc. Identidad **CC 1014258445**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	☐	☐	☐	☐	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☒	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐	Requiere de restricción de actividades	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐	Requiere de reubicación laboral temporal	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐	Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	☐	EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐	Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☐
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
					Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☒ Otros ☐

REMISIÓN SI ☒ NO ☐ ARL SI ☐ NO ☐ EPS SI ☒ NO ☐

CONTROL POR MEDICINA INTERNA Y ORTOPEDIA EN EPS / HIGIENE POSTURAL /PAUSAS ACTIVAS DE PREDOMINIO COLUMNA DORSAL Y LUMBAR CADA 4 HORAS, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS Y EJERCICIOS DE RETORNO VENOSO FRECUENTEMENTE/ USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA RIEGO BIOLOGICO SEGÚN PROFESIOGRAMA/

Ana Karina Gomez
Esp. Ger. Seguridad y Salud
En El Trabajo
Res 13654 de 23/11/16
Ana Karina Gomez

ANA KARINA GOMEZ NOVOA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 36719958 RM: 73205-2003

Jenny Maritza Lombana

Trabajador: JENNY MARITZA LOMBANA
CC: 1014258445

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

PROTECCION VISUAL Y DE MANOS PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS /RECOMENDACIONES TRABAJO SEGURO/CONTROL
PREVENTIVO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, Y VACUNAS DE HEPATITIS, TETANO E INFLUENZA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Ana Karina Gomez JV
Esp. Ger. Seguridad y Salud
En El Trabajo
Res. 13654 Del 23/10/12
Ana Karina Gó

ANA KARINA GOMEZ NOVOA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 36719958 RM: 73205-2003

Jenny Maritza Lombana

Trabajador: JENNY MARITZA LOMBANA

CC: 1014258445

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica



El ministerio de Educación Nacional y en su Nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE COLOMBIA
INABTEC - RESCUE

NIT: 901069117-9

No de Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R No: 03-2017



CERTIFICADO

Por medio de la presente acta confiere y la certificación de participación del curso taller de

CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO (BLS-SVB)

Bajo la presente Resolución 2003 del 2014 decretada por el ministerio de protección social y de salud; y dando cumplimiento al decreto 4904 del 2005 y la ley 115 de 1994.

CONFIERE A:

JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI

IDENTIFICADO(A) CON C.C: 1.014.258.445 EXPEDIDA EN: BOGOTÁ D.C.

Según guías P.H.T.L.S, normas A.H.A del 2015.

Con una intensidad de 40 horas teórico -practico
ministerio de salud por la resolución 2003 del 2014

Por haber cursado y aprobado los estudios y los exámenes correspondientes al curso taller y las normas vigentes según la resolución 1043 y la nueva reforma del ministerio de protección y



Christian M. Quintana A
DIRECTOR NACIONAL F

Leydi J. Laverde
COORDINADORA ACADEMICA



INSTRUCTOR

ACTA No: 00581 COD: 00581-2017

Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0014

Fecha de Expedición: 11 Y 12 DE NOVIEMBRE de 2017

Fecha de vencimiento: 12 DE NOVIEMBRE de 2019

"LEALTAD, CIVISMO Y FIRMEZA"

SOCORRISMO Y RESCATE VOLUNTARIADO

inabtecsocorrismocolombia@gmail.com tel 3196478693 Seccional Bogotá D.C.

WEB inabtecsocorrismoc.wixsite.com/inabtecrescate





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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 01
PERSONA: 2016-12-21

DO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 2017-11-24 CIUDAD: bogota DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Lombana SEGUNDO APELLIDO: Amortegui PRIMER NOMBRE: Jenny SEGUNDO NOMBRE: Maritza

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1014258445 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2012-07-28

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

FECHA NACIMIENTO: 1994-08-19 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogota PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR: 3228923364

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: AUXI. DE ENFERMERIA PROFESION / OFICIO: ENFERMERIA

DIRECCION RESIDENCIA: CALLE65C SUR 78D-15 CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIANA TELEFONO RESIDENCIA: 3228923364

CORREO ELECTRONICO: JENNYMARITZAPIPOIL@GMAIL.COM PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: 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: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ CUAL: EMPLEADO ☐ OTRO ☐



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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 01
PERSONA: 2016-12-21

FUNCIÓN PÚBLICA ☐ SI ☒ NO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS ☐ SI ☒ NO	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA SUBRED CENTRO ORIENTE
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐	# NIT 900959051-7	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORT ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐	OTRA ☐ CUAL:	

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA CRA 14B 1-45	TELÉFONO 3282828	CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	PAÍS COLOMBIA
CARGO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA	FECHA VINCULACIÓN 2015-06-25			

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 1.400.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 300.000	AHORROS	\$ 500.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	\$ 200.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1.400.000	TOTAL EGRESOS	\$ 500.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 500.000	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN 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 OTALVARO	SEGUNDO APELLIDO: JARAMILLO	PRIMER NOMBRE DORIS	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN CALLE 1 SUR No 10A 40	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS BOGOTÁ	TIPO RELACIÓN COMPAÑERA	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR 3208028164

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD BANCO BOGOTÁ	TIPO DE PRODUCTO CUENTA AHORRO	NÚMERO	SUCURSAL BOGOTÁ	TELÉFONO
--------------------------------	-----------------------------------	--------	--------------------	----------

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐	EXPORTACIÓN ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	SERVICIOS ☐	OTROS ☐	CUAL:

8. 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.):



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 conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN 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 PAÍSES.

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:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por 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 INFORMACIÓN: 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 UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la



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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 01
PERSONA: FECHA: 2016-12-21

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 los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail 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, (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Jenny Lombana

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:			



Certificación de Afiliación Cotizante

El señor(a) JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI identificado(a) con Cedula Ciudadania número 1014258445
presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante: JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI
Número de identificación: 1014258445 Tipo Identificación: Cédula Ciudadania
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): 01/08/2017 Fecha de retiro:
Estado actual cotizante: VIGENTES Razón de estado: Al día - empleador pago al día
Tipo cotizante: Independiente
Dirección actual de residencia: CLL 65C SUR 78G 15 Municipio residencia: Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia: 3133546795 Depto. Residencia: SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón social aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
1014258445	jenny maritza lombana amortegui	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

se firma y expide en Bogotá a los 24 del mes de Noviembre de 2017, a solicitud del interesado
e

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,014,258,445**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Noviembre de 2017.

Gerente de Clientes

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA SEGUROS BOLÍVAR S. A.**

CERTIFICA QUE:

La empresa SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. con NT 900959051, se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad Laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, por el contrato de Riesgos Laborales 1505666909401. La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra Base de Datos de la siguiente manera:

Tipo Dcto	Número Documento	Nombre del Empleado	Centro de Trabajo	Clase	Tasa	Fecha Inicio Cobertura	Fecha Retiro	TC	E
CC	1014258445	JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI	SANTA CLARA-ASISTENCIAL	3	2.436	01/09/2016		3	AC

(3)INDEPENDIENTE TC:Tipo Cotizante E:Estado AC:Activo IN: Inactivo

Se expide a solicitud del interesado a los (22) días del mes de Septiembre de 2016.

Cordialmente,


WILLIAM RODRIGUEZ MARTINEZ
DIRECCIÓN NACIONAL ADMINISTRATIVA



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102174177



WEB

00:17:51

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 de noviembre del 2017

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) JENNY MARITZA LOMBANA AMORTEGUI identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1014258445:

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 CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y
JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 26 de noviembre de 2017, a las 0:49:0, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.014.258.445
Código de Verificación	10147510562017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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



Bogotá D.C., 26 de Noviembre de 2017 - 0:24 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL CATORCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO**

1014258445

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: 11_S11LB_240
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

[Inicio](#)[Institución](#)[Contáctenos](#)

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/11/2017 a las 00:22:05 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 1014258445 y

Nombres: LOMBANA AMORTEGUI JENNY MARITZA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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.

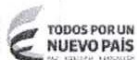
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8 am a 12 pm y 2 pm a 5 pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 400
FAX: (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LOMBANA AMORTEGUI JENNY MARITZA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1014258445 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta Corriente No. *-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-* //

X Cuenta de Ahorros No. 102661535 abierta desde el 27/08/15

Créditos hasta por valor de \$0.00

CONCEPTO: ACTIVA Y VIGENTE A LA FECHA

Se expide en BOGOTÁ el día 24 del mes de Noviembre del año 2017 con destino a SUBRED CENTRO ORIENTE SANTA CLARA

Firma Autorizada

317 Of Rec y Pag Barrio Restrepo

