

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Servicio al Ciudadano	FECHA:		Nº FOLIOS:	35
NOMBRE DEL CANDIDATO	Marany Reyes Quesada	DOCUMENTO:	53013061		
TELÉFONO	3102155558	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Trabajadora Social		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO
(FIRMA DE LAS DOS PARTES).

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	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI	☒	
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒	
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒	
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A ☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	NO ☐
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A ☒
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI	☒	N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIU 8299 FECHA	SI	☐	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A ☒
14	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒	N/A ☐
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐	N/A ☒
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐	N/A ☒
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A ☒
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes / 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) Y/O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒	N/A ☐
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒	
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A ☒
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A ☒
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APII)	SI	☐	N/A ☒
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A ☒
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A ☒
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A ☒
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI	☒	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Medimas	SI	☒	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: porvenir	SI	☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: ARL SUBA	SI	☒	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Proceso Solicitante		Fecha:	
Vº/Bº Talento Humano:		Fecha:	
Vº/Bº Contratación:		Fecha:	



Búsqueda

Mis procesos

Menu

Ir a

Buscar...

Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Id de página: 14005969 Ayuda ?

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

[Editar datos resumidos](#) [Editar datos completos](#)

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Información general

Logo de la entidad



Nombre de la entidad YURANY REYES QUESADA

Nombre abreviado YURANY REYES QUESADA

Fecha de incorporación 7 días de tiempo transcurrido (16/11/2017 04:16 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

País de origen COLOMBIA

NIT 53013061

Tipo Entidad Estatal /
Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección Carrera 21 N° 49 - 70

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio

Código postal

Teléfono de oficina 3102155558

Fax de oficina

Correo electrónico de la
oficina yurany1004@gmail.comCorreo electrónico para
notificaciones SECOP II yurany1004@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono
-----------	--------	------	----------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web

Facebook

URL linkedin

URL de youtube

Twitter URL

Contacto principal

Título

Nombre Yurany Reyes Quesada

Cargo

Teléfono

3102155558



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO REYES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) QUESADA	NOMBRES YURANY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53013061	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 4 MES OCT AÑO 1983 PAÍS COLOMBIA DEPTO Tolima MUNICIPIO ORTEGA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 21 49-70 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTÁ D. C. TELÉFONO 3725610 EMAIL yurany1004@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 BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NO	AÑO	1999

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	8	2002	53013061
UN	10	X	TRABAJADOR(A) SOCIAL	11	2010	174445301-I

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		



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-nov-2017

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 Centro Oriente E.S.E	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	tsocialvictoria@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725610	DÍA 15 MES 1 AÑO 2011		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Trabajadora Social	Atencion al Usuario	Diagonal 39 sur N° 3 - 20 este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Global Salud		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	globalsaludcta@yahoo.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3124578807	DÍA 6 MES 10 AÑO 2008		DÍA 9 MES 1 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de Enfermería	Enfermería	AV CALLE 80 89 A 61	

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
PUBLICO	6	10
PRIVADO	2	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	1

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 180/95).



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-nov-2017

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Yorany Reyes Obesada

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YURANY REYES QUESADA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 53013061 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Bogotá D. C.

Municipio BOGOTA D. C.

Dirección Carrera 21 49-70

Teléfonos 3102155558 3725610

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
TEODORO REYES YATE	17866858	PADRE
GLORIA ELISA QUESADA JARA	28864856	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	\$ 29.760.900,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00

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
DAVIVIENDA	AHORRO	008400735786	20 DE JULIO	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	CREDITO	\$ 8.000.000,00

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:

CALIDAD DE MIEMBRO

ENTIDAD O INSTITUCION

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 ☐ N ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	0

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

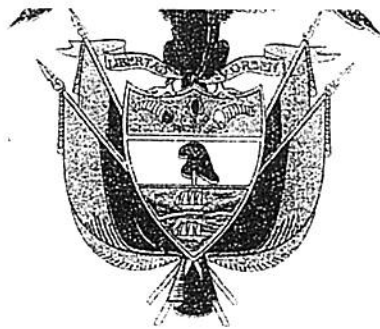
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio

Nicolás Ramírez

Ortega - Tolima

Autorizado por la Gobernación del Departamento del Tolima,
según Resolución No. 608 del 11 de Noviembre de 1994

Confiere a:

Gurany Reyes Quesada

T.I. 831004-01293 de Ortega (Tol.)

El Título de

Bachiller Académico

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



[Firma]
Rectora

[Firma]
Secretaria

Dado en Ortega, Tolima el 4 de Diciembre de 1999

Acta General de Graduación No. 002 de Dbre. 4 de 1999.

Folio No. 62, 63, 64, 65.

Este diploma no requiere registrarse en la Secretaría de Educación y de la Juventud
del Departamento del Tolima (Decreto 921, Mayo 6 de 1994)



REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE EDUCACION DE SANTA FE DE BOGOTA

**INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL
INSTITUTO DE FORMACION INTEGRAL
PARA EL DESARROLLO HUMANO
IFIDHU**

Con autorización oficial según Resolución No. 1256 del 14 de Abril de 1999
Emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá

PER SAPIENTIAM

Teniendo en cuenta que:

Yurani Reyes-Quezada

53 013 061 de Bogotá

Culminó satisfactoriamente sus estudios y
cumplió con todos los demás requisitos legales y
reglamentarios, le confiere el certificado de

**APTITUD OCUPACIONAL
TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**

En constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la ciudad de Bogotá D.C.
a los 10 días del mes de Agosto de 2002

IFIDHU

Dirección General

Coordinación Académica

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TÍTULO DE

Trabajadora Social

A

Yurany Reyes Quesada

C.C. 53.013.061 de Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 15 días del mes de diciembre de 2010


DECANATURA DE FACULTAD


RECTORÍA


SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 2251, Folio 51 del Libro de Diplomas No. 9
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE

Ciencias Humanas

0118332



Colegio
"Nicolas Ramirez"

Teléfono 2258008 - Fax 2258292 Ortega * Tolima

Inscripción S.E.:

J. Mañana 134012

J. Tarde 134018

Código Dane: 173504-00010

Jornada: Diurna

Acta Individual de Graduación

Acta de Grado No. 002 Dbre 4/99 Folio No. 52. 53. 54. 55

En Ortega - Tolima, a los 4 días del mes de Diciembre del año 1999 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de undécimo grado, las suscritas Rectora y Comité de Promoción y Evaluación del Colegio "Nicolas Ramirez", institución autorizada por la Gobernación del Departamento del Tolima, según Resolución No. 608 del 11 de Noviembre de 1994, para otorgar el título de:

Bachiller Académico

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de Bachiller, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

Yurany Reyes Quesada

T.I. 831004-01293 de Ortega (Tol.)

Para constancia se firma en Ortega, a los 4 días del mes de diciembre del año 1999.

María Evelia Peña de Hernández
C.C. No. 38.215.502 de Ibague (Tol.)
Rectora

Mercedes Pinzón de Aragón
C.C. No. 28.862.562 de Ortega (Tol.)
Secretaria Habilitada



INSTITUTO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
Resolución 1256 de Abril 14 de 1999 del Ministerio de Educación

ACTA DE GRADO

Registro Académico Integral

R.A.I

HACE CONSTAR QUE

REYES QUEZADA YURANY

C.C. No 53 013 061 de Bogotá

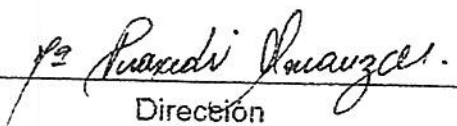
Realizó y aprobó Plan Curricular del programa Auxiliar de Enfermería

Modo: TECNICO LABORAL, decreto 114 de Enero 15 de 1996

Se expide el Certificado de Aptitud Ocupacional No. 168 – 2002

Registro de grados 009 Libro 001 Folio 168

Fecha de expedición 10 de Agosto de 2002


Dirección


Coordinación

Acta No. 0009
Agosto 10 de 2002



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Ciencias Humanas

ACTA DE GRADO NÚMERO 13958

El Consejo de Facultad en su sesión del día 11 de noviembre de 2010 - Acta No.27

CONSIDERANDO QUE

Yurany Reyes Quesada

C.C. 53.013.061 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Trabajadora Social

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 0118332 consignado en el Registro No. 2251, Folio 51 del Libro No. 9

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 11 días del mes de noviembre de 2010

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

Ava María Groot
SECRETARÍA
Consejo de Facultad

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:

YURANY REYES QUESADA

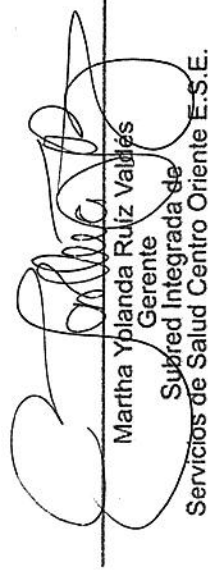
C.C.: 53013061

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 Noviembre de 2016


Martha Yblanda 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.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y LA FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL EN GÉNERO Y FAMILIA "GENFAMI"

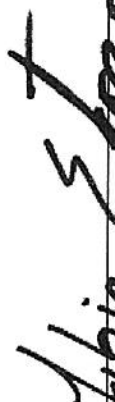
CERTIFICAN QUE:

YURANY REYES QUESADA

C.C. 53.013.061

Completó el "CURSO DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIAS SEXUALES" con una duración de 40 horas semipresenciales.

Esta certificación se expide a los veinte (20) días del mes de mayo de 2016.


LIBIA ESPERANZA FORERO GARCÍA

Directora de Salud Colectiva
Subsecretaría de Salud Pública


ERIKA G. VELOZA MARTÍNEZ

Directora
GENFAMI



Fundación para el desarrollo integral en género y familia

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



CERTIFICADO

Otorgado a:

YURANY REYES QUESADA

Por su participación en calidad de

Trabajadora Social, a la formación para la implementación de "Unidades amigables y abiertas" en la UCIN del Hospital La Victoria, Bogotá D.C., realizado del 15 al 19 de febrero de 2016, en el marco del Convenio de Asociación No 667 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Asociación Colombiana de Neonatología y la Fundación Canguro.

Nathalie Charpak
Director



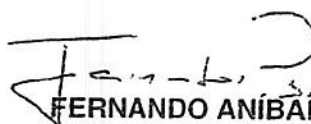


YURANI REYES QUESADA TRABAJADORA SOCIAL

08 DE OCTUBRE DE 2014

La gerencia del Hospital La Victoria expresa su agradecimiento y reconocimiento al aporte, empeño en el trabajo de equipo y la participación como ponente, durante la celebración del primer simposio 10 años del Programa Canguro **"SALVANDO VIDAS PIEL A PIEL"**, cuyos resultados exitosos permitieron fortalecer nuestra imagen institucional y dar a conocer los logros realizados en el marco del Programa Canguro.

Le animamos a continuar con el compromiso y trabajo decidido por cumplir la misión y objetivos del Hospital.


FERNANDO ANÍBAL PEÑA DÍAZ
Gerente



BOGOTÁ
HUMANANA





Fundación

Foro Nacional por Colombia

sin indiferencia



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Departamento Administrativo
ACCION COMUNAL

El Departamento Administrativo de Acción Comunal Distrital, a través de su proyecto Escuela de Participación y Gestión Social, en convenio con la Fundación Foro Nacional por Colombia, otorgan el presente certificado a:

Yurany Reyes Quesada

Por su asistencia y participación en el proceso de **Formación y asesoría en política pública a instancias de participación ciudadana y organizaciones sociales de las veinte localidades del Distrito**, desarrollado entre octubre del 2005 y mayo del año 2006, con una intensidad de 50 (cincuenta) horas.

Para constancia se firma en Bogotá D. C. República de Colombia,
a los dieciocho (18) días del mes de mayo de dos mil seis (2006).

Esperanza González R.

Esperanza González Rodríguez.

Presidenta de la Fundación
Foro Nacional por Colombia

Lucía Bastidas Ubaté
Directora del Departamento Administrativo
de Acción Comunal Distrital

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Gloriamy Reyes Ovesada 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:

Trabajadora Social

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Gloriamy Reyes O

No. de documento:

53013061

Tarjeta profesional No:

174443301-1

Dirección de contacto:

Carrera 21 N° 49-70

Teléfono:

3102155558



GLOBAL SALUD SERVICE CTA

Nit 900.219.241-5

CERTIFICACION DE ASOCIACION Y TRABAJO ASOCIADO

EL SUSCRITO GERENTE DE GLOBAL SALUD SERVICE

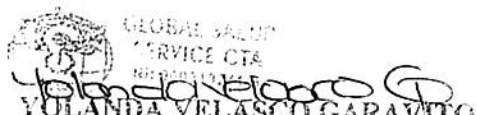
CERTIFICA

Que la señora **YURANY REYES QUESADA** identificada con cédula de ciudadanía No.53.013.061 de Bogotá, se encuentra vinculada a nuestra cooperativa en calidad de trabajador (a) asociado (a) y presta sus servicios profesionales con nuestro cliente **CLINICA COLSANITAS** en el programa phd con las siguientes condiciones:

Tipo de Vinculación	:	Convenio de Asociación a Término Indefinido
Fecha de Vinculación	:	06 de octubre de 2008
Cargo	:	Auxiliar de Enfermería

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Bogotá, D.C., a los 09 días del mes de noviembre de 2010.

Cordialmente,


YOLANDA VELASCO GARAVITO
Talento Humano (Ext.105)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.013.061**

REYES QUESADA

APELLIDOS

YURANY

NOMBRES

Yurany Reyes

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-OCT-1983**
ORTEGA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

02-AGO-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-00849107-F-0053013061-20160915

0051172471A 1

1544018744



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14439225425



(415)7707212489984(8020) 0000014439225425

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 3 0 1 3 0 6 1

6. DV

- 9

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de Identificación:

5 3 0 1 3 0 6 1

27. Fecha expedición:

2 0 0 2 0 8 0 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

REYES

32. Segundo apellido

QUESADA

33. Primer nombre

YURANY

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 21 49 70 BRR PALERMO

42. Correo electrónico:

yurany1004@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 0 2 1 5 5 5 8

45. Teléfono 2:

3 1 2 5 6 6 6 4 0 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 1 2 2 7

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2

Obligados aduaneros

54. Código:

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

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 7 1 1 2 4

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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre REYES QUESADA YURANY

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 53013061-9 YURANY REYES QUESADA

Información General

Dirección KR 21 49 70

Teléfonos 3102155558

Dirección electrónica yurany1004@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 29/04/2015

Soporte Inscripción 16678304

Fecha Inicio Actividades 27/12/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002443779

Yurany
Trabajo Social
TP 174445301-I
U Nacional



Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977- Decreto 2833 de 1981

TRABAJADOR (A) SOCIAL

Código: 174445301-I



Registro: 53.013.061

Nombres: Yurany

Apellidos: Reyes Quesada

Inscripción: 27 de enero de 2011

Vigencia: 27 de enero de 2021

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

Consérvelo

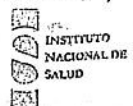
En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Yurany

Apellidos:

Reyes Quesada

Documento
de Identidad:

☒ C.C. ☐ PASA
PORTE No. 53.013.061

Fecha de
Nacimiento:

Día: 04 Mes: 10 Año: 1985

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

CONSERVELO

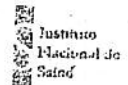


En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite la transcripción en los sitios autorizados

Por mí y por Colombia, yo me vacuno.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

YURANY

Apellidos:

REYES Q.

Documento
de Identidad:

☒ C.C. ☐ PASA
PORTE No. 53.013.061

Fecha de
Nacimiento:

Día: 04 Mes: 10 Año: 1985

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Minsalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

YURANY

Apellidos:

REYES Q. REYES Q.

Documento
de Identidad:

☒ C.C. ☐ PASA
PORTE No.

Fecha de
Nacimiento:

Día: Mes: Año:



LABINTOX S.A.S.

LABORATORIO CLINICO TOXICOLOGICO

CALLE 134 No. 17-71 CLINICA MONTSERRAT - TEL.: 626 3251 FAX: 626 3250
CONM. 259 60 00 EXT. 6115 CEL.: 310 873 76 04
SEDE IPSO: CALLE 134 BIS No. 18-62 - TEL.: 704 37 38 - 627 18 37- CEL.: 321 208 4821
labintox@hotmail.com - mercadeo@labintox.net

FECHA : Noviembre 28 a Diciembre 20 de 2012
NOMBRE : REYES QUESADA YURANY
CEDULA : 53013061
EMPRESA : E.S.E. HOSPITAL LA VICTORIA III

CONSEC. : 105
EDAD : 29
SEXO : F

RESULTADO						
		: > 2000 mUI/mL				
VALORES DE REFERENCIA						
	Menor	de	10	mUI/mL	Vacunar o aplicar refuerzo	
	10	a	100	mUI/mL	6	meses
	100	a	1000	mUI/mL	2	años
	1000	a	10000	mUI/mL	3-5	años
METODO	Mayor	de	10000	mUI/mL	6	años
					Después de 6 años aplicar refuerzo	
		: Quimioluminiscencia				


LABINTOX S.A.S.
Lic. S. Ocup. 6365
Jeannette García
TP. 39562412



Calle 95 No. 45 A-18 La Castellana
Tel: (1) 257 2111 - 257 2815
Fax: 616 6061 Bogotá, D.C.
www.gomezasociadosltida.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 15/11/2016
Nombre Yurany Reyes Quesada
Identificación 53013061
Fecha de nacimiento 4/Octubre/1983 Edad 33
Cargo Atención al usuario trabajo Social
Género MASCULINO FEMENINO
Empresa Unidad de Victoria
Empresa usuaria _____

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ OTRO ☐
CONCEPTO
EX. INGRESO APTO ☒ APTO APLAZADO ☐ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES ☐ CON RESTRICCIONES ☐
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO ☐

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Medico Satisfactorio
VISIOMETRIA _____
AUDIOMETRIA _____
ESPIROMETRIA _____
EXAMENES PARACLINICOS _____
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES paciente oculto de higien personal
conducta de 10 días de
9 días de pro

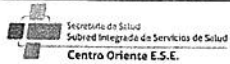
Médico Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14658

Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114388
Licencia en S.O. 14858

Paciente

Yurany Reyes Q
Firma del paciente
Nombre Yurany Reyes Q
Cédula 53013061

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT									
FECHA: 29/11/2017		CIUDAD: Bogotá		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		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
Peyes		Aresada		Yorany					
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)			
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		33013061		Bogotá		02/08/2002			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐					
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:			
04/10/1983		ortega - tolina		Colombia		Colombiana			
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐				3		-		3 02155558	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO	
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL: _____		Abogada Social.
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA	
Carrera 21 N° 49-70		Bogotá		Cundinamarca		Colombia			
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA					
Yorany1004@gmail.com				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒					
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)			
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐									
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		CUAL: _____		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD: _____			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:									
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: _____					
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐						
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐						
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA					
		SI ☐ NO ☒		8299					
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐					
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐		AGENTE AUTORETENEDOR		SI ☐ NO ☐			
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA					
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☒		Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒		# NIT 9100959051			
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐		CUAL: _____					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS	
Dg 39 sw N° 3-20 este		3925610		Bogotá		Cundinamarca		Colombia	
CARGO ACTUAL						FECHA VINCULACION		15/01/2011	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION	

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
SALARIOS	2.788.140	GASTOS FAMILIARES	2.500.000
HONORARIOS	—	ARRIENDOS	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—
TOTAL INGRESOS	2.788.140	TOTAL EGRESOS	2.500.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS	
—		—	
ACTIVOS		PASIVOS	
AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—
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
Peralta	Reyes	Maria	Janeth
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Carrera 71 N° 62B-355	Bogota/Cundinamarca/Colombia	Prima	3112620818
7. REFERENCIA FINANCIERA			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL
Caquiulenda	Cuenta de Ahorros	008400735786	20 de julio
TELEFONO	3000000		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:			CUAL:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐			—
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS			
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":			
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):			
Trabajadora Social			
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)			
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni 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 se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.			
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.			
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS			
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante			
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)			
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.			
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.			
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.			
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)			
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)			
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.			
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)			
10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.			
CONSIDERACIONES			
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.			
2. Que conforme a los 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 tratan 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 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 LA INFORMACION:** Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud 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@subredcentroorientegov.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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLITICA 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

Geramy Reyes Crespo

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 Semanas de Cotización

La Señora YURANY REYES QUESADA, identificada con Cédula Ciudadanía 53.013.061, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	YURANY REYES QUESADA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	53013061	Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual:	VIGENTES	Semanas Cotizadas cotizante:	576
Fecha de retiro:		Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Dirección actual de residencia:	CALLE1 N 51-49	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC
Teléfono actual de residencia:	3725610		
Nombre de Régimen:	CONTRIBUTIVO		

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
53013061	REYES QUESADA YURANY	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Semanas
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	---------

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 24 días del mes de Noviembre de 2017, a solicitud del interesado.

****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

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **YURANY REYES QUESADA**, identificado(a) con CC **53013061**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 09/05/2008

Se expide a solicitud del interesado el 24/11/2017.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Medellín, 27 de noviembre de 2017

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que YURANY REYES QUESADA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53013061 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 28/11/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

27/11/2017 1:02 PM

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102138949



WEB
12:55:14
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 de noviembre del 2017

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) YURANY REYES QUESADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53013061:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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



Bogotá D.C., 24 de Noviembre de 2017 - 13:01 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **YURANY REYES QUESADA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES TRECE MIL SESENTA Y UN** de BOGOTÁ D.C.

53013061

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

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_4VF74_0113

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

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y
JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 24 de noviembre de 2017, a las 12:54:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	53.013.061
Código de Verificación	655554722017

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

Digitó y Revisó: Vía Web




REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Siguenos en >
 




icio	Institución	Contáctenos
------	-------------	-------------

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/11/2017 a las 13:00:36 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 53013061 y

Nombres: REYES QUESADA YURANY

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.



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**ABEJORRAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese**

24/11/2017

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora YURANY REYES QUESADA** con **Cédula de Ciudadanía** número **53013061**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550008400735786

Fecha de apertura

26/08/2015

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA