



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Inicio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Id de página: 14005959 Ayuda ?

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

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 claudia milena quimbayo yara

Nombre abreviado claudia milena quimbayo yara

Fecha de incorporación 08/08/2018 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1012325572

Tipo Entidad Estatal /
Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección cll 77 81-80 sur

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio

Código postal

Teléfono de oficina 4544575

Fax de oficina 4544575

Correo electrónico de la
oficina claudismile1987@hotmail.com

Correo electrónico para
notificaciones SECOP II claudismile1987@hotmail.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 claudia milena quimbayo yara

Cargo

JOTA

Teléfono

Móvil 3114841422

Fax

Correo electrónico claudismile1987@hotmail.com



Información financiera (No diligencie la tabla de i... tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Nombre	Número de empleado	
------------	----------	--------	--------------------	--

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Nombre

Email Editar datos completos

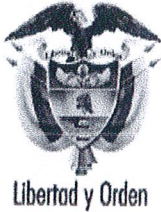
Email 018000-62-0808 · Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Teléfono

Teléfono

CLICK ACÁ PARA INICIAR CHAT





FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Quimbayo</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Yara</u>	NOMBRES <u>Claudia Milena</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1012325572</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>30</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1986</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Tolima</u> MUNICIPIO <u>Coyaima</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>C1177-81-80</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bojota D.C.</u> TELÉFONO <u>314841422</u> EMAIL <u>Claudia.milena@chota</u>

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: <u>Bachiller Académico</u>
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>07</u> AÑO <u>2004</u>

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	
<u>Tc</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Auxiliar de enfermería</u>	<u>07</u>	<u>2012</u>	<u>1012325572</u>

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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 Fundación Imix	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Cayama	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fundacionimix@gmail.com	
TELÉFONOS 2762372	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar enfermería	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Cra 3 #42-81	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Vista Hermosa I Nivel	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 05 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 05 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Auxiliar enfermería	DEPENDENCIA enfermería	DIRECCIÓN Cll 67 A Sur #18C-12	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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 DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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		22
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogotá D.C. 08-08-2018

Claudia Milena Quimbayo Yara

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



**Departamento
Administrativo
de la Función
Pública**

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Claudia Milena Quimbayo Yara

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ CE ☐ OTRO ☐ No 1012325572 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN: Cll 77 # 81-80 sur TELÉFONOS: 3114841422

MUNICIPIO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Maria Yineth Yara Guzman</u>	<u>28.647768</u>	<u>MADRE</u>
<u>Wendy Vanesa Moreno Quimbayo</u>	<u>1222207934</u>	<u>Hija</u>
<u>Dilan Sebastian Moreno Quimbayo</u>	<u>1222214513</u>	<u>Hijo</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13, 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, ☒ PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR

LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

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

Claudia Milena Quimbaya Yara
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogetadoc 08-08-18
CIUDAD Y FECHA

DAPP-QAP



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Id de página: 14005959 Ayuda ?

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

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 claudia milena quimbayo yara

Nombre abreviado claudia milena quimbayo yara

Fecha de incorporación 08/08/2018 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1012325572

Tipo Entidad Estatal /
Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección cll 77 81-80 sur

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio

Código postal

Teléfono de oficina 4544575

Fax de oficina 4544575

Correo electrónico de la
oficina claudismile1987@hotmail.com

Correo electrónico para
notificaciones SECOP II claudismile1987@hotmail.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 claudia milena quimbayo yara

Cargo

JOTA

Teléfono

Móvil 3114841422

Fax

Correo electrónico claudismile1987@hotmail.com



Información financiera (No diligencie la tabla de i... tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Nombre	Número de empleado	
------------	----------	--------	--------------------	--

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Nombre

Email

Email 018000-62-0808 · Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Teléfono

Teléfono

CLICK ACÁ PARA INICIAR CHAT



A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	FECHA	28/08/18	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	DOCUMENTO:	1012325572		
TELEFONO	ACTIVIDAD SOLICITADA:			

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

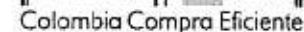
TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

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 ☒	SE DEBE ADJUNTAR EL PANTALLAZO INDICADO - GUARDE SU CONTRASEÑA Y USUARIO YA QUE EL CONTRATO LE
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	N/A ☐ TÉCNICOS: DIPLOMA TÉCNICO Y DIPLOMA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO DIPLOMA PREGRADO - ESPECIALISTAS: DIPLOMA PREGRADO Y DIPLOMA ESPECIALISTA
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐ TÉCNICOS: ACTA TÉCNICO Y ACTA BACHILLER PROFESIONALES: SOLO ACTA PREGRADO - ESPECIALISTAS: ACTA PREGRADO Y ACTA ESPECIALISTA
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 / ICFES. (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 ☐ ÚNICAMENTE LOS QUE REGISTRADOS EN EL FORMATO DE HOJA DE VIDA
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CHI 8692 FECHA 08-08-18	SI ☒	CON MARCA DE AGUA QUE DIGA: CERTIFICADO O COPIA CERTIFICADO
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 ☐ APLICA PARA PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEL ÁREA DE LA SALUD
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐ APLICA PARA PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEL ÁREA DE LA SALUD
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Ingeniería, medicina veterinaria, Derecho, 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 O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒	N/A ☐ APLICA A TODOS LOS PERFILES
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☐	APLICA A TODOS LOS PERFILES Y DEBE APLICARSE EN CUALQUIER INSTITUCIÓN LEGALMENTE CONSTITUIDAS
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 APIH)	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 ☒	DILIGENCIAR LO QUE SE ENCUENTRA EN GRIS - ESTE FORMATO DEBE VENIR ESCANEADO E IMPRESO CON HUELLA Y FIRMA ORIGINAL
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Famisavar	SI ☒	CERTIFICADO COMO INDEPENDIENTE



LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el “Manual de Proveedores para el uso del SECOP II”.

[illegible]

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 Fundación Imix	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Cayaima	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Fundacionimix@gmail.com	
TELÉFONOS 2762372	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar Enfermería	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Cra 3 #42-81	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Vista Hermosa I Nivel	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 05 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 05 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Auxiliar enfermería	DEPENDENCIA enfermería	DIRECCIÓN Cll 67 A Sur #18C-12	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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 DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Quimbayo</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Yara</u>	NOMBRES <u>Claudia Milena</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1012325572</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>30</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1986</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Tolima</u> MUNICIPIO <u>Cayama</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>C1177-81-80</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bacata D.C.</u> TELÉFONO <u>314841422</u> EMAIL <u>Claudisimikro@chiva</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 5o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>07</u> AÑO <u>2004</u>	

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	
<u>Tc</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Auxiliar de enfermería</u>	<u>07</u>	<u>2012</u>	<u>1012325572</u>

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB



**Departamento
Administrativo
de la Función
Pública**

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Claudia Milena Quimbayo Yara

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ CE ☐ OTRO ☐ No 1012325572 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN: Cll 77 # 81-80 sur TELÉFONOS: 3114841422

MUNICIPIO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Maria Yineth Yara Guzman</u>	<u>28.647768</u>	<u>MADRE</u>
<u>Wendy Vanesa Moreno Quimbayo</u>	<u>1222207934</u>	<u>Hija</u>
<u>Dilan Sebastian Moreno Quimbayo</u>	<u>1222214513</u>	<u>Hijo</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13, 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, ☒ PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR

LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR

INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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		22
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C. 08-08-2018

Claudia Milena Quimbayo Yara
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

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

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. FIRMAClaudia Milena Quimbaya Yara
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTABogetadoc 08-08-18
CIUDAD Y FECHA

DAPP-QAP

28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: <u>Colpensiones</u>	SI	☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: <u>Sura</u>	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	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
Vº/Bº Proceso Solicitante		Fecha:	
Vº/Bº Talento Humano:		Fecha:	
Vº/Bº Contratación:		Fecha:	



COLEGIO DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA
Y MEDIA ACADEMICA PARA ADULTOS
"HEISENBERG"

BACHILLERATO PARA ADULTOS POR CICLOS LECTIVOS ESPECIALES
INTEGRADOS CON PROMOCION FLEXIBLE

Concepto Favorable No. 6167 Marzo 17 de 1997 Ministerio de Educación Nacional
Licencia de Funcionamiento No. 1024 Julio 28 de 1997
Aprobación de Estudios No. 0197 Febrero 17 de 1998
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL TOLIMA

ACTA DE GRADO

En el Municipio Coyaima, a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Cuatro (2004) se reunieron con el fin de legalizar la Graduación de los alumnos de último Grado, los señores Director General y Coordinador Seccional del Colegio de Educación Básica Secundaria y Media Académica para Adultos "HEISENBERG", institución aprobada en las modalidades de Básica Secundaria y Media Académica para Adultos y autorizada por la Secretaría de Educación del Tolima, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 0197 de Febrero 17 de 1998.

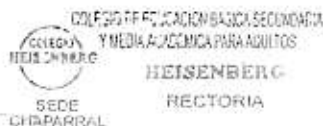
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que concluyeron el plan de estudios, alcanzaron los objetivos de formación y adquirieron los reconocimientos legales y reglamentarios definidos, correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombres y Apellidos:	QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA
Documento de Identidad	C.C. X No. 1.012.325.572 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 007 del Diez (10) de julio de Dos Mil Cuatro (2004) que consta de Diecisiete (17) alumnos graduados, comienza con el nombre GOMEZ OTAYO SANTOS y termina con el nombre de CORONEL PAEZ JAIRO ALBERTO Firmada y sellada por Gerardo Silva Duley (Director General) y el Coordinador Académico Seccional.

Dada en Coyaima, a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Cuatro (2004).

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en ella de acuerdo a las leyes y normas vigentes.



[Signature]
SEDE
CHAPARRAL

HEISENBERG
RECTORIA

[Signature]
ALDO GARCIA GARCIA BARRO



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

El Colegio de Educación Básica Secundaria
y Media Académica para Adultos
HEISENBERG

Colegio de Bachillerato para Adultos por Ciclos, Semipresencial, con Promoción Flexible

Concepto favorable No. 6167 de Marzo 17 de 1997 Ministerio de Educación Nacional
Licencia de Iniciación de Labores No. 1024 de 1997 Secretaría de Educación Departamental del Tolima
Licencia de Funcionamiento y Reconocimiento Oficial No. 0197 de Febrero 17 de 1998
Secretaría de Educación Departamental del Tolima

Confiere a:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Identificando(n) con C.C. 1.012.325.572 de Bogotá Guandamareca

El Título de

Bachiller Académico

Por haber concluido el plan de estudios, alcanzado los objetivos de formación
y adquirido los reconocimientos legales y reglamentarios definidos



[Firma]
Dr. Gonzalo Silva Duley
Rector General
1998, 7 Julio 2001

Chaparral, Julio 10 de 2001

Acta General de Graduación

No. 007 del 10 de Julio de 2001

Folio 341 Libro de Registro No. 01

[Firma]
Eduardo Franco Bravo
Coordinador Seccional



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 027

ACTA INDIVIDUAL N° 11664

En Bogotá D.C. a los 14 días del Mes de Julio del año 2012,
CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA
Identificado(a) con Cedula De Ciudadanía N° 1.012.325.572 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 11664 Del Libro 05 del Registro de FUSDESA.



Lila Yareth Cicua Ramirez
LILA YARETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

C.C. 1.012.325.572 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Liliana Yaneth Cicua Ramirez
LILIA YANETH CICUA RAMIREZ
DIRECTORA ACADEMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

C.C. 1.012.325.572 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

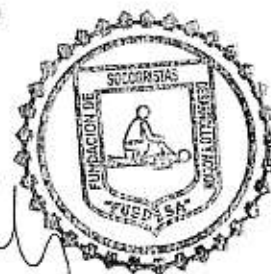
POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Liliana Yaneth Cicua Ramírez
LILIA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 14 Días del Mes de Julio de 2012
Anotado en el Folio 11664 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá
Instituto de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Alberto Vejarano Laverde



RESOLUCION NÚMERO 10-005
(Enero 20 de 2010)

certifica que

CLAUDIA MILENA QUIMAYO YARA

C.C 1.012.325.572

cumplió con los objetivos del curso

CURSO SAMU DE VACUNACIÓN
[Duración 40 horas]

Realizado en Bogotá, D.C., Colombia, 16 de Junio al 14 de Julio de 2013

Rafael Alberto Fletscher
Director de Educación y Capacitación
Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá

Maura Angelica Borraez Ramos
Coordinación Académica



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Con Cedula de Ciudadanía No. 1.012.325.572

Cursó y aprobó la acción de Formación

LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los seis (6) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

11767445 - 06/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940300472783CC1012325572C.



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCIÓN
"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: Claudia Milena Quimbayo Yara

Asistió al curso Básico de

PRIMEROS AUXILIOS AVANZADOS

Con una intensidad de 40 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cienza Ramírez
Directora Académica

Instructor Socorrista



La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Que:

Asistió al curso de

REANIMACION BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Con una intensidad de 40 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora

Ponente

Bogotá, D.C. 04 de Junio de 2011



La República de Colombia
Y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Asistió al curso de

ATENCION PREHOSPITALARIA (APH)

Con una intensidad de 40 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora



Ponente

Bogotá, D.C. 05 de Junio de 2011

Bogotá D.C

Señores:

Fundación de Economistas desarrollo y Acción Fudeasa
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Milena Quimbayo Yara 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:

Técnico Auxiliar de enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Claudia Milena Quimbayo Yara

No. de documento:

1012325572

Tarjeta profesional No:

1012325572

Dirección de contacto:

Cll 77-81-80^{sur}

Teléfono:

3114841422



FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA
FUNDACION IMIX**

CERTIFICA

Que el señor(a) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA** identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. **1.012.325.572**, prestó sus servicios a la **FUNDACIÓN IMIX** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la modalidad **DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** en el municipio de **COYAIMA**, con el siguiente tiempo dedicado y naturaleza de contrato:

1. Contrato de prestación de servicios: 01 de Febrero de 2016 al 30 de Noviembre de 2016.

Las obligaciones desde el servicio contratado fueron:

- Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños.
- Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud,
- Implementar acciones de promoción y prevención de la salud
- Movilizar recursos interinstitucionales
- Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación del servicio
- Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación.
- Elaborar o coordinar con el profesional idóneo la elaboración del ciclo de menús de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha.

Con inteligencia logramos la abundancia de la tierra.

Carrera 3 No.42-91 Barrio Casa Club Telefono 2762372 celular 3214502066
Email: fundacionimix@gmail.com



FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

- Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla
- Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad.
- Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad
- Utilizar los protocolos de activación de las rutas de salud y protección cuando se requiera.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF.

Se expide a solicitud de la interesado(a) a los trece (13) días del mes de Marzo de 2018

EUGENIA V. ROJAS DE BAHAMON
Representante legal
FUNDACION IMIX

Con inteligencia logramos la abundancia de la tierra.

Carrera 3 No.42-91 Barrio Casa Club Telefono 2762372 celular 3214502066

Email:fundacionimix@gmail.com



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ, D.C. 111951

**EL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CERTIFICA:**

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA, identificado(a) con CC. 1.012.325.572, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
2131	29 de mayo de 2013 AL 30 de junio de 2013	1.593.000
3791	01 de julio de 2013 AL 31 de agosto de 2013	2.898.000
5364	01 de septiembre de 2013 AL 15 de septiembre de 2013	724.500
6197	17 de septiembre de 2013 AL 30 de septiembre de 2013	724.500
7349	01 de octubre de 2013 AL 09 de octubre de 2013	434.700
8871	10 de octubre de 2013 AL 31 de octubre de 2013	1.014.300
10490	01 de noviembre de 2013 AL 31 de diciembre de 2013	2.898.000
Adición 10490	01 de enero de 2014 AL 10 de enero de 2014	483.000
00760	11 de enero de 2014 AL 31 de enero de 2014	966.000
01704	01 de febrero de 2014 AL 28 de febrero de 2014	1.449.000
02709	01 de marzo de 2014 AL 30 de abril de 2014	2.898.000
03905	01 de mayo de 2014 AL 31 de julio de 2014	4.347.000

APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Nota: Los contratos relacionados quedan sujetos al desarrollo del objeto contractual por parte del contratista y/o de la entidad

Que el contratista NO ha tenido vinculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vinculo laboral entre el contratista y el Hospital.

Dada a los Veinticuatro (24) días del mes de noviembre de 2014


TERESA GÓMEZ DE ROMERO

Profesional universitario Contratación

La presente certificación no pierde su vigencia, en caso de ser solicitada presente fotocopia de la misma y guarde el original.

 Elabora: Dora M/Apoyo Admón. Contratación

QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA, identificado(a) con CC. 1.012.325.572

Calle 67A sur No 18C-12 Juan Pablo II
Codigo postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 265
www.hospitalvistahermosa.gov.co



BOGOTÁ
HUMANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.325.572**
QUIMBAYO YARA

APELLIDOS
CLAUDIA MILENA

NOMBRES

Claudia Milena Quimbayo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1986**
COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

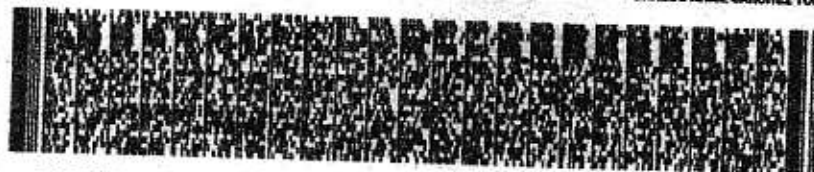
SEXO

15-OCT-2004 BOGOTÁ D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2903400-00333124-F-1012325572-20110912

0028015448A 1 35425387

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.325.572**
QUIMBAYO YARA

APELLIDOS
CLAUDIA MILENA

NOMBRES

Claudia Milena Quimbayo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1986**
COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

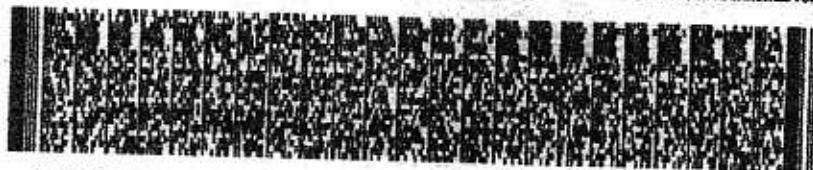
SEXO

15-OCT-2004 BOGOTÁ D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2903400-00333124-F-1012325572-20110912

0028015448A 1 35425387

2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14476478661



141517072121099010020000014476478661

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 2 3 2 5 5 7 2

6. DV

1

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 2 3 2 5 5 7 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 1 0 1 5

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

QUIMBAYO

32. Segundo apellido

YARA

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

MILENA

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 77 81 80 SUR

42. Correo electrónico:

claudismile1987@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1:

3 1 1 4 8 4 1 4 2 2

45. Teléfono 2:

3 1 3 2 7 1 4 4 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 2 1 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

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

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1012325572-1 CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información General

Dirección KR 77 81 80 SUR
Teléfonos 3114841422
Dirección electrónica claudismile1987@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/04/2013
Soporte Inscripción 15396408
Fecha Inicio Actividades 01/11/2012
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: 18003087953



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CLAUDIA MILENA

QUIMBAYO YARA

C.C. 1012325572

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 06/09/2012

Impresión Plástica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
UNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 8489 de 17/08/2012
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO 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) QUIMBAYO YARA CLAUDIA M,ILENA Identificado(a) con CC número 1012325572 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 14/07/2012.

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 QUIMBAYO YARA CLAUDIA M,ILENA identificado(a) con CC número 1012325572 expedida en BOGOTA 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 17/08/2012

IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Revisó: Daniel Ortiz B.
Elaboró: Víctor Sánchez

Original firmado
DR. IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director Desarrollo de Servicios de Salud

Bogotá, D.C. _____
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____
CC. # _____

Firma

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1012325572

Primer Nombre *

claudia

Primer Apellido *

quimbayo

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1012325572	CLAUDIA	MILENA	QUIMBAYO	YARA	Ver

Información Detallada [CC: 1012325572] CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/8/17	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tania Salud **PBX:**
211 9289
Cel: 310 237 1397

Tels:
255 8483
211 8459
211 7605

CENTRO DE VACUNACIÓN
 Carrera 15 No. 51-74 Piso 2
 E-mail: tania.salud@etb.net.co Bogotá D.C.
www.vacunaciontania.salud.com
administracion@vacunaciontania.salud.com



BIOTOSCANA S.A.
 La industria de vacunas del Grupo sanofi - pasteur

sanofi pasteur
 La industria de vacunas del Grupo sanofi - pasteur

Tecnoquimicas
 Estar vacunado es estar protegido



VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEFENZA	1a DOSS			
PARCELA	1a DOSS			
REINOCOC	1a DOSS			
Fiebre Amarilla = 2. 11/11/2012 23/03/2013				
Escuela N. 504 G. Aux. de Enfermería				

VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATIS B	1a DOSS	2061106	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	2a DOSS	2061106	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	3a DOSS	2061106	15-MAYO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	4a DOSS	2061106	26-FEBRERO 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
HEPATIS A	1a DOSS			
	2a DOSS			

Tania Salud **CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**
TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
 NIT 900174985-3
 CODIGO DE PRESTADOR 110011779001

CENTRO DE VACUNACIÓN

NOMBRE: CLAUDIA HILEIA DUMICHA
DOCUMENTO: P012.325.572
TELÉFONO:



VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TIEMO	1a DOSS	EU400000	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	2a DOSS	EU400000	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	3a DOSS	DQ0024	15-MAYO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
TIEMO	4a DOSS	Q40000	24 JUN. 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	REFERZO	0246901	29-SEP-2012	
TRIPLE VIRAL	1a DOSS	ES114	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	2a DOSS	ES114	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3

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 Inscripciones en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son recogidos 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 requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, 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 esta 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 derivadas 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 adelanten 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 Interna 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.

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.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1260 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, transmita, 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: carla@subredcentroorientevivo.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del finado. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: 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.subredcentroorientevivo.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Claudia Milena Quimbaya Yara

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:		

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[Nombre del proveedor persona natural], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [día] del mes de [mes] de [año]

Claudia Milena Quimbayo Yara

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Claudia Milena Quimbayo Yara

Documento de Identidad: 1012325572





CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA identificado(a) con CC 1012325572 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 05/06/2013

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de agosto del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

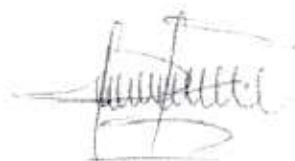
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1012325572**, se encuentra afiliado (a) desde **01/07/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Noiedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/07/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de agosto de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1012325572

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Claudia

Primer Nombre

Milena

Segundo Nombre

Quimbayo

Primer Apellido

Yara

Segundo Apellido

30-08-1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

Cotaima

Ciudad de Nacimiento

1177-81-80

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$ 1.500.000

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Claudismile1987@hotmail.com

Correo Electrónico

314841422

Celular

Claudia Milena Quimbayo Yara

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113426831



WEB

14:37:16

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012325572:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 07 de agosto de 2018, a las 14:54:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1012325572
Código de Verificación	1012325572180807145453

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:37:15 horas del 07/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012325572**

Apellidos y Nombres: **QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Carrera 27 N° 18 - 41
 (Paloquemao), Bogotá DC
 Atención administrativa de lunes
 a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
 2:00 pm - 5:00 pm
 Línea de Atención al Ciudadano -
 Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
 Resto del país: 018000 910 112
 Requerimientos ciudadanos 24
 horas
 Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co



Bogotá D.C., 7 de Agosto de 2018 - 14:40 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) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

1012325572

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.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **8_SAPF7_4014**

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

2. Concepto: ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14476478661



141377072124093040020000014476478661

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 2 3 2 5 5 7 2

6. DV:

1

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 2 3 2 5 5 7 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 1 0 1 5

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:

QUIMBAYO

32. Segundo apellido:

YARA

33. Primer nombre:

CLAUDIA

34. Otros nombres:

MILENA

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 77 81 80 SUR

42. Correo electrónico:

claudismile1987@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1:

3 1 1 4 8 4 1 4 2 2

45. Teléfono 2:

3 1 3 2 7 1 4 4 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 2 1 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

54. Código:

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI ☐

NO ☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 8 0 8 0 8

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1012325572-1 CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información General

Dirección KR 77 81 80 SUR
Teléfonos 3114841422
Dirección electrónica claudismile1987@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/04/2013
Soporte Inscripción 15396408
Fecha Inicio Actividades 01/11/2012
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: 18003087953



COLEGIO DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA
Y MEDIA ACADEMICA PARA ADULTOS
"HEISENBERG"

BACHILLERATO PARA ADULTOS POR CICLOS LECTIVOS ESPECIALES
INTEGRADOS CON PROMOCION FLEXIBLE

Concepto Favorable No. 6167 Marzo 17 de 1997 Ministerio de Educación Nacional
Licencia de Funcionamiento No. 1024 Julio 28 de 1997
Aprobación de Estudios No. 0197 Febrero 17 de 1998
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL TOLIMA

ACTA DE GRADO

En el Municipio Coyaima de a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Cuatro (2004) se reunieron con el fin de legalizar la Graduación de los alumnos de último Grado, los señores Director General y Coordinador Seccional del Colegio de Educación Básica Secundaria y Media Académica para Adultos "HEISENBERG", institución aprobada en las modalidades de Básica Secundaria y Media Académica para Adultos y autorizada por la Secretaría de Educación del Tolima para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 0197 de Febrero 17 de 1998.

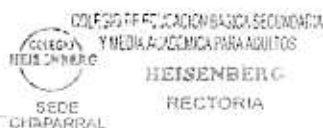
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que concluyeron el plan de estudios, alcanzaron los objetivos de formación y adquirieron los reconocimientos legales y reglamentarios definidos, correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombres y Apellidos:	QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA
Documento de Identidad	C.C. X No. 1.012.325.572 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 007 del Diez (10) de julio de Dos Mil Cuatro (2004) que consta de Diecisiete (17) alumnos graduados, comienza con el nombre GOMEZ OTAYO SANTOS y termina con el nombre de CORONEL PAEZ JAIRO ALBERTO Firmada y sellada por Gerardo Silva Duley (Director General) y el Coordinador Académico Seccional.

Dada en Coyaima, a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Cuatro (2004).

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en ella de acuerdo a las leyes y normas vigentes.



[Signature]
SEDE
CHAPARRAL

HEISENBERG
RECTORIA

[Signature]
ALDO GARCIA GARCIA BARRO



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 027

ACTA INDIVIDUAL N° 11664

En Bogotá D.C. a los 14 días del Mes de Julio del año 2012,
CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA
Identificado(a) con Cedula De Ciudadanía N° 1.012.325.572 De Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 11664 Del Libro 05 del Registro de FUSDESA.



Lila Yareth Cicua Ramirez
LILA YARETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

C.C. 1.012.325.572 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

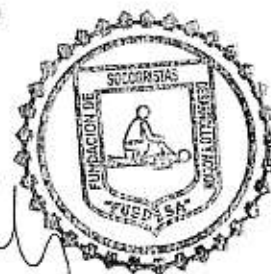
POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Lila Yaneth Cicua Ramírez
LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 14 Días del Mes de Julio de 2012
Anotado en el Folio 11664 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá
Instituto de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Alberto Vejarano Laverde



RESOLUCION NÚMERO 10-005
(Enero 20 de 2010)

certifica que

CLAUDIA MILENA QUIMAYO YARA

C.C 1.012.325.572

cumplió con los objetivos del curso

CURSO SAMU DE VACUNACIÓN
[Duración 40 horas]

Realizado en Bogotá, D.C., Colombia, 16 de Junio al 14 de Julio de 2013

Rafael Alberto Fletscher
Director de Educación y Capacitación
Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá

Maura Angelica Borraez Ramos
Coordinación Académica



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Con Cedula de Ciudadanía No. 1.012.325.572

Cursó y aprobó la acción de Formación

LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los seis (6) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

11757445 - 06/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940306472783CC1012325572C.



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: Claudia Milena Quimbayo Yara

Asistió al curso Básico de

Con una intensidad de 40 horas

PRIMEROS AUXILIOS AVANZADOS

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cerna Ramírez
Directora Académica

Instructor Socorrista



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

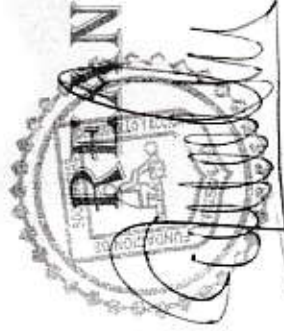
Claudia Milena Quimbayo Yara

Que:

Asistió al curso de

REENIMACION BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Con una intensidad de 40 horas



Rancy Galindo Gomez
Coordinadora

Donante

Bogotá, D.C. 04 de Junio de 2011



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Que:

Asistió al curso de

ATENCION PREHOSPITALARIA (APH)

Con una intensidad de 40 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora



Ponente

Bogotá, D.C. 05 de Junio de 2011

Bogotá D.C

Señores:

Fundación de Economistas desarrollo y Acción Fudeasa
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Milena Quimbayo Yara 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:

Técnico Auxiliar de enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Claudia Milena Quimbayo Yara

No. de documento:

1012325572

Tarjeta profesional No:

1012325572

Dirección de contacto:

Cll 77-81-80^{sur}

Teléfono:

3114841422



FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA
FUNDACION IMIX**

CERTIFICA

Que el señor(a) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA** identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. **1.012.325.572**, prestó sus servicios a la **FUNDACIÓN IMIX** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la modalidad **DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** en el municipio de **COYAIMA**, con el siguiente tiempo dedicado y naturaleza de contrato:

1. Contrato de prestación de servicios: 01 de Febrero de 2016 al 30 de Noviembre de 2016.

Las obligaciones desde el servicio contratado fueron:

- Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños.
- Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud,
- Implementar acciones de promoción y prevención de la salud
- Movilizar recursos interinstitucionales
- Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación del servicio
- Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación.
- Elaborar o coordinar con el profesional idóneo la elaboración del ciclo de menús de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha.

Con inteligencia logramos la abundancia de la tierra.

Carrera 3 No.42-91 Barrio Casa Club Telefono 2762372 celular 3214502066
Email:fundacionimix@gmail.com



FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

- Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla
- Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad.
- Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad
- Utilizar los protocolos de activación de las rutas de salud y protección cuando se requiera.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF.

Se expide a solicitud de la interesado(a) a los trece (13) días del mes de Marzo de 2018

EUGENIA V. ROJAS DE BAHAMON
Representante legal
FUNDACION IMIX

Con inteligencia logramos la abundancia de la tierra.

Carrera 3 No.42-91 Barrio Casa Club Telefono 2762372 celular 3214502066

Email:fundacionimix@gmail.com



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ - COLOMBIA

**EL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CERTIFICA:**

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA, identificado(a) con CC. 1.012.325.572, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
2131	29 de mayo de 2013 AL 30 de junio de 2013	1.593.000
3791	01 de julio de 2013 AL 31 de agosto de 2013	2.898.000
5364	01 de septiembre de 2013 AL 15 de septiembre de 2013	724.500
6197	17 de septiembre de 2013 AL 30 de septiembre de 2013	724.500
7349	01 de octubre de 2013 AL 09 de octubre de 2013	434.700
8871	10 de octubre de 2013 AL 31 de octubre de 2013	1.014.300
10490	01 de noviembre de 2013 AL 31 de diciembre de 2013	2.898.000
Adición 10490	01 de enero de 2014 AL 10 de enero de 2014	483.000
00760	11 de enero de 2014 AL 31 de enero de 2014	966.000
01704	01 de febrero de 2014 AL 28 de febrero de 2014	1.449.000
02709	01 de marzo de 2014 AL 30 de abril de 2014	2.898.000
03905	01 de mayo de 2014 AL 31 de julio de 2014	4.347.000

APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Nota: Los contratos relacionados quedan sujetos al desarrollo del objeto contractual por parte del contratista y/o de la entidad

Que el contratista NO ha tenido vinculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vinculo laboral entre el contratista y el Hospital.

Dada a los Veinticuatro (24) días del mes de noviembre de 2014


TERESA GÓMEZ DE ROMERO

Profesional universitario Contratación

La presente certificación no pierde su vigencia, en caso de ser solicitada presente fotocopia de la misma y guarde el original.

 Elabora: Dora M/Apoyo Admón. Contratación

QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA, identificado(a) con CC. 1.012.325.572

Calle 67A sur No 18C-12 Juan Pablo II
Codigo postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 265
www.hospitalvistahermosa.gov.co



BOGOTÁ
HUMANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.325.572**
QUIMBAYO YARA

APELLIDOS
CLAUDIA MILENA

NOMBRES

Claudia Milena Quimbayo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1986**
COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

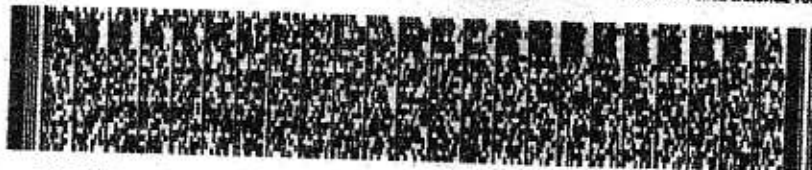
SEXO

15-OCT-2004 BOGOTÁ D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2903400-00333124-F-1012325572-20110912

0028015448A 1

35425387

2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14476478661



141517072121099010020000014476478661

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 2 3 2 5 5 7 2

6. DV

1

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 2 3 2 5 5 7 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 1 0 1 5

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

QUIMBAYO

32. Segundo apellido

YARA

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

MILENA

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 77 81 80 SUR

42. Correo electrónico:

claudismile1987@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

3 1 1 4 8 4 1 4 2 2

3 1 3 2 7 1 4 4 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 2 1 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

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

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1012325572-1 CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información General

Dirección KR 77 81 80 SUR
Teléfonos 3114841422
Dirección electrónica claudismile1987@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/04/2013
Soporte Inscripción 15396408
Fecha Inicio Actividades 01/11/2012
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: 18003087953



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CLAUDIA MILENA

QUIMBAYO YARA

C.C. 1012325572

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 06/09/2012

Impresión Plástica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
UNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 8489 de 17/08/2012
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO 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) QUIMBAYO YARA CLAUDIA M,ILENA Identificado(a) con CC número 1012325572 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 14/07/2012.

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 QUIMBAYO YARA CLAUDIA M,ILENA identificado(a) con CC número 1012325572 expedida en BOGOTA 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 17/08/2012

IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Revisó: Daniel Ortiz B.
Elaboró: Víctor Sánchez

Original firmado
DR. IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director Desarrollo de Servicios de Salud

Bogotá, D.C. _____
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____
CC. # _____

Firma

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1012325572

Primer Nombre *

claudia

Primer Apellido *

quimbayo

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1012325572	CLAUDIA	MILENA	QUIMBAYO	YARA	Ver

Información Detallada [CC: 1012325572] CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/8/17	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tania Salud **PBX:**
211 9289
Cel: 310 237 1397
Tels:
255 8483
211 8459
211 7605

CENTRO DE VACUNACIÓN
 Carrera 15 No. 51-74 Piso 2
 E-mail: tania.salud@etb.net.co Bogotá D.C.
www.vacunaciontania.salud.com
administracion@vacunaciontania.salud.com



BIOTOSCANA S.A.
 La industria de vacunas del Grupo sanofi - aventis

sanofi pasteur
 Tecnoquimicas

Estar vacunado es estar protegido



VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEFENZA	1a DOSS			
PARCELA	1a DOSS			
REINOCOC	1a DOSS			
Fiebre Amarilla = 2. 11/11/2012 23/03/2013				
Escuela N. 500 G. Aux. de Enfermería				

VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATIS B	1a DOSS	2061106	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	2a DOSS	2061106	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	3a DOSS	2061106	15-MAYO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	4a DOSS	2061106	26-FEBRERO 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
HEPATIS A	1a DOSS			
	2a DOSS			

Tania Salud **CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**
TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
 NIT 900174985-3
 CODIGO DE PRESTADOR 110011779001

CENTRO DE VACUNACIÓN

NOMBRE: CLAUDIA HILEIA DUMICHA
DOCUMENTO: P012.325.572
TELÉFONO:



VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TIEMO	1a DOSS	EU400000	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	2a DOSS	EU400000	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	3a DOSS	DQ9024	15-MAYO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
TIEMO	4a DOSS	Q40000	24 JUN. 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	REFERZO	02469011	29-SEP-2012	
TRIPLE VIRAL	1a DOSS	ES114	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	2a DOSS	ES114	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3



SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN SALUD OCUPACIONAL SEMESO

Dr. JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro.10521868 Licencia. 15344-12-27

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL PARA:

(En cumplimiento de lo estipulado en la NTC 4115 y las resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012)

INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO	ESP.CONFINADOS	TRAB. ALTURAS	MAN. ALIMENTOS
---------	---	-----------	--------	----------------	---------------	----------------

FECHA: 10/08/18	CC: 1.012.325.572	
NOMBRE: CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA	SEXO: FEMENINO	
EDAD: 31 AÑOS	CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	
EMPRESA: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	NIT:	

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito del examen ocupacional solicitado por ustedes con el siguiente resultado de la valoración médica:

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN	SI/NO	RESULTADOS
MEDICO OCUPACIONAL	SI	NORMAL
AUDIOMETRIA	NO	
VISIOMETRIA	NO	
ESPIROMETRIA	NO	
OSTEOMUSCULAR	SI	NORMAL

LABORATORIO CLINICO

HEMOGRAMA: NO	GLICEMIA: NO mg/dl	SEROLOGIA: NO
COLESTEROL TOTAL: NO mg/dl	HDLC: NO mg/dl	LDLC: NO mg/dl
TRIGLICERIDOS: NO mg/dl	FROTIS FARINGEO NO	KOH DE UÑAS: NO
COPROLOGICO: NO		

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	NO APTO
APTO CON RESTRICCIONES		APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS
EGRESO: SIN ENF LABORAL		POSIBLE ENFERMEDAD LABORAL
TIPO DE RESTRICCION: NINGUNA.		

RECOMENDACIONES GENERALES

INDUCCION AL CARGO, USO DE ELEMENTOS PERSONALES DE PROTECCION, PAUTAS DE AUTOCUIDADO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DURANTE 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS, ERGONOMIA Y CONTROL DE ESTRÉS LABORAL, CHARLAS PARA PREVENIR EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO Y EL ACOSO LABORAL U OTROS HOSTIGAMIENTOS. MANTENER EL LUGAR DE TRABAJO EN ORDEN Y ASEO.

RECOMENDACIONES PERSONALIZADAS/ REMISIONES

NO AMERITA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: AUTORIZO A EL (LA) DOCTOR (A) MENCIONADO (A) EN EL PRESENTE DOCUMENTO A REALIZAR EN MI EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES), REGISTRADO (S) EN ESTE CERTIFICADO. ASI MISMO DECLARO QUE SE ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA Y EL PROPOSITO DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES) CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACION VIGENTE. RESOLUCIÓN 2346/2007. ART 10 Y RESOLUCIÓN 1918/2009 Y NO HE OMITIDO INFORMACION SOBRE MI ESTADO DE SALUD. HE RECIBIDO, COMPRENDIDO Y TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ANALIZAR EL PROPOSITO, LOS BENEFICIOS, LA INTERPRETACION, LAS LIMITACIONES Y RIESGOS DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES). APARTIR DE LA ASESORIA PRESTADA ANTES DE LA RESPECTIVA TOMA DE LAS PRUEBAS; ENTIENDO QUE LA REALIZACION DE ESTA (S) PRUEBA (S) ES VOLUNTARIA Y QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE RETIRAR MI CONSENTIMIENTO ANTES DE QUE SE REALIZARA EL (LOS) EXAMEN (S). FINALMENTE AFIRMO QUE HE RECIBIDO Y ENTENDIDO LAS RECOMENDACIONES Y CONCEPTO LABORAL DEL PRESENTE DOCUMENTO, ACEPTANDO ADEMAS QUE ESTE EXAMEN NO TIENE VALIDES PARA LICENCIA DE CONDUCCION AUTOMOTRIZ, NI PORTE NI TENENCIA DE ARMAS.

AUTORIZACION DE TRATO DE INFORMACION: SEMESO, COMO RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION, MANIFIESTA QUE NO COMPARTIRA, NI ENTREGARA A TERCEROS NO AUTORIZADOS EXPRESAMENTE POR EL TITULAR, LA INFORMACION DE CARÁCTER PERSONAL, MEDICA, O DE CUALQUIER INDOLE, ENTREGADA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO. EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581/2012, PARA LA PROTECCION DE DATOS PERSONALES, LA LEY ESTATUTARIA 1266/2008, CON LAS DISPOSICIONES GENERALES DEL HABEAS DATA Y LA REGULACION DEL MANEJO DE LA INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS PERSONALES. SOLAMENTE EL USUARIO AUTORIZA A QUE SEA CONOCIDO Y COMPARTIDO EL CONCEPTO LABORAL PRESENTE EN LA NATURALEZA DEL MISMO DOCUMENTO. AUTORIZO A SEMESO PARA QUE SUMINISTRE A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADOS EN LA LEGISLACION VIGENTE Y PARA LAS SITUACIONES CONTEMPLADAS EN LA MISMA (Resolución 6398/91), LA INFORMACION REGISTRADA EN ESTE DOCUMENTO, PARA EL BUEN CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL. POR ULTIMO MANIFIESTO QUE HE LEIDO Y COMPRENDIDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI CONSENTIMIENTO.

Claudia Milena Quimbayo Yara
1012325572



FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

Dr. Jorge E. Betancourt P.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro 10521868
Lic. 15344-12-27

Bogotá D.C. Carrera 21 No. 23-04 Sur Tel: 3665712



SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN SALUD OCUPACIONAL SEMESO

Dr. JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro.10521868 Licencia. 15344-12-27

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL PARA:

(En cumplimiento de lo estipulado en la NTC 4115 y las resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012)

INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO	ESP.CONFINADOS	TRAB. ALTURAS	MAN. ALIMENTOS
---------	---	-----------	--------	----------------	---------------	----------------

FECHA: 10/08/18	CC: 1.012.325.572
NOMBRE: CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA	SEXO: FEMENINO
EDAD: 31 AÑOS	CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA
EMPRESA: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	NIT:



Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito del examen ocupacional solicitado por ustedes con el siguiente resultado de la valoración médica:

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN	SI/NO	RESULTADOS
MEDICO OCUPACIONAL	SI	NORMAL
AUDIOMETRIA	NO	
VISIOMETRIA	NO	
ESPIROMETRIA	NO	
OSTEOMUSCULAR	SI	NORMAL

LABORATORIO CLINICO

HEMOGRAMA: NO	GLICEMIA: NO mg/dl	SEROLOGIA: NO
COLESTEROL TOTAL: NO mg/dl	HDLC: NO mg/dl	LDLC: NO mg/dl
TRIGLICERIDOS: NO mg/dl	FROTIS FARINGEO NO	KOH DE UÑAS: NO
COPROLOGICO: NO		

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	NO APTO
APTO CON RESTRICCIONES		APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS
EGRESO: SIN ENF LABORAL		POSIBLE ENFERMEDAD LABORAL
TIPO DE RESTRICCION: NINGUNA.		

RECOMENDACIONES GENERALES

INDUCCION AL CARGO, USO DE ELEMENTOS PERSONALES DE PROTECCION, PAUTAS DE AUTOCUIDADO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DURANTE 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS, ERGONOMIA Y CONTROL DE ESTRÉS LABORAL, CHARLAS PARA PREVENIR EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO Y EL ACOSO LABORAL U OTROS HOSTIGAMIENTOS. MANTENER EL LUGAR DE TRABAJO EN ORDEN Y ASEO.

RECOMENDACIONES PERSONALIZADAS/ REMISIONES

NO AMERITA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: AUTORIZO A EL (LA) DOCTOR (A) MENCIONADO (A) EN EL PRESENTE DOCUMENTO A REALIZAR EN MI EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES), REGISTRADO (S) EN ESTE CERTIFICADO. ASI MISMO DECLARO QUE SE ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA Y EL PROPOSITO DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES) CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACION VIGENTE. RESOLUCION 2346/2007. ART 10 Y RESOLUCION 1918/2009 Y NO HE OMITIDO INFORMACION SOBRE MI ESTADO DE SALUD. HE RECIBIDO, COMPRENDIDO Y TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ANALIZAR EL PROPOSITO, LOS BENEFICIOS, LA INTERPRETACION, LAS LIMITACIONES Y RIESGOS DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES). APARTIR DE LA ASESORIA PRESTADA ANTES DE LA RESPECTIVA TOMA DE LAS PRUEBAS; ENTIENDO QUE LA REALIZACION DE ESTA (S) PRUEBA (S) ES VOLUNTARIA Y QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE RETIRAR MI CONSENTIMIENTO ANTES DE QUE SE REALIZARA EL (LOS) EXAMEN (S). FINALMENTE AFIRMO QUE HE RECIBIDO Y ENTENDIDO LAS RECOMENDACIONES Y CONCEPTO LABORAL DEL PRESENTE DOCUMENTO, ACEPTANDO ADEMAS QUE ESTE EXAMEN NO TIENE VALIDES PARA LICENCIA DE CONDUCCION AUTOMOTRIZ, NI PORTE NI TENENCIA DE ARMAS.

AUTORIZACION DE TRATO DE INFORMACION: SEMESO, COMO RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION, MANIFIESTA QUE NO COMPARTIRA, NI ENTREGARA A TERCEROS NO AUTORIZADOS EXPRESAMENTE POR EL TITULAR, LA INFORMACION DE CARÁCTER PERSONAL, MEDICA, O DE CUALQUIER INDOLE, ENTREGADA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO. EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581/2012, PARA LA PROTECCION DE DATOS PERSONALES, LA LEY ESTATUTARIA 1266/2008, CON LAS DISPOSICIONES GENERALES DEL HABEAS DATA Y LA REGULACION DEL MANEJO DE LA INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS PERSONALES. SOLAMENTE EL USUARIO AUTORIZA A QUE SEA CONOCIDO Y COMPARTIDO EL CONCEPTO LABORAL PRESENTE EN LA NATURALEZA DEL MISMO DOCUMENTO. AUTORIZO A SEMESO PARA QUE SUMINISTRE A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADOS EN LA LEGISLACION VIGENTE Y PARA LAS SITUACIONES CONTEMPLADAS EN LA MISMA (Resolución 6398/91), LA INFORMACION REGISTRADA EN ESTE DOCUMENTO, PARA EL BUEN CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL. POR ULTIMO MANIFIESTO QUE HE LEIDO Y COMPRENDIDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI CONSENTIMIENTO.

Claudia Milena Quimbayo Yara
1012325572



FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

Dr. Jorge E. Betancourt P.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro 10521868
Lic. 15344-12-27

[Signature of Dr. Jorge E. Betancourt P.]

Bogotá D.C. Carrera 21 No. 23-04 Sur Tel: 3665712

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

FECHA: 08-08-18 CIUDAD: Bogotá D.C. 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
Quimbayo	Yara	Claudia	Milena
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1012325572	Cotaíma Tolima	2004-10-15
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
30-08-86	Cotaíma Tolima	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOL(TPO(A) VIUD(A) ☒ CASADO ☐ DIVORC(A) ☐ EN LIBRE ☐	2	2	3114841422

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAESTRO ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: Técnico

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:
C1177-81-805 ST	Bogotá D.C.	Cundinamarca	Colombia
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA	TELEFONO RESIDENCIA
Clucksmile1987@hotmail.com		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	3114841422
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:

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 ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: Contratista
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒
		ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		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 ☐	SERVICIOS ☐	SAUD ☒	# NIT 900.959.051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: X				
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
C1122 SUR #18-S8		2091480	Bogotá D.C	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL		Auxiliar de enfermería			FECHA VINCULACION

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1500.000 \$ 0	GASTOS FAMILIARES	600.000 \$ 0	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 0	ARRIENDOS	200.000 \$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ramos	Ramos	Fredy	Emilio
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
C1118 #13-90B	Socacha - Cundinamarca - Colombia	Amigo	3208468387

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bogota	Ahorros	52269412	Restrepo	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTA ☐ EXPORTA ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIO ☐ OTRA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su profesión

Auxiliar de enfermería

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 sarlafta@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 " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN 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

Claudia Milena Quimbayo Yara

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:			



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA identificado(a) con CC 1012325572 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 05/06/2013

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de agosto del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

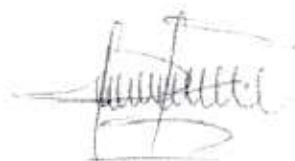
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1012325572**, se encuentra afiliado (a) desde **01/07/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/07/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de agosto de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1012325572

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Claudia

Primer Nombre

Milena

Segundo Nombre

Quimbayo

Primer Apellido

Yara

Segundo Apellido

30-08-1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

Cotaima

Ciudad de Nacimiento

1177-81-80

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$ 1.500.000

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Claudismile1987@hotmail.com

Correo Electrónico

314841422

Celular

Claudia Milena Quimbayo Yara

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113426831



WEB

14:37:16

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012325572:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 07 de agosto de 2018, a las 14:54:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1012325572
Código de Verificación	1012325572180807145453

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 7 de Agosto de 2018 - 14:40 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) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

1012325572

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.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **8_SAPF7_4014**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:37:15 horas del 07/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012325572**

Apellidos y Nombres: **QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
 (Paloquemao), Bogotá DC
 Atención administrativa de lunes
 a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
 2:00 pm - 5:00 pm
 Línea de Atención al Ciudadano -
 Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
 Resto del país: 018000 910 112
 Requerimientos ciudadanos 24
 horas
 Fax (571) 5159581 - E-mail:
 lineadirecta@policia.gov.co

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona CLAUDIA QUIMBAYO identificado(a) con CC 1012325572 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 052269412 desde el 27 de mayo de 2010, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 10 de agosto de 2018, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Elcy Proaños
Gerencia de Soporte Postventa
Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona CLAUDIA QUIMBAYO identificado(a) con CC 1012325572 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 052269412 desde el 27 de mayo de 2010, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 10 de agosto de 2018, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Elcy Proaños
Gerencia de Soporte Postventa
Banco de Bogotá



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escribir Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Id de página: 14005959 Ayuda ?

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

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 claudia milena quimbayo yara

Nombre abreviado claudia milena quimbayo yara

Fecha de incorporación 08/08/2018 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1012325572

Tipo Entidad Estatal /
Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección cll 77 81-80 sur

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio

Código postal

Teléfono de oficina 4544575

Fax de oficina 4544575

Correo electrónico de la
oficina claudismile1987@hotmail.comCorreo electrónico para
notificaciones SECOP II claudismile1987@hotmail.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 claudia milena quimbayo yara

Cargo

JOTA

Teléfono

Móvil 3114841422

Fax

Correo electrónico claudismile1987@hotmail.com



Información financiera (No diligencie la tabla de i... tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Nombre	Número de empleado	
------------	----------	--------	--------------------	--

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Nombre

Email

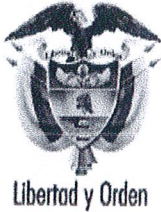
Email 018000-62-0808 · Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Teléfono

Teléfono

CLICK ACÁ PARA INICIAR CHAT





FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Quimbayo</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Yara</u>	NOMBRES <u>Claudia Milena</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1012325572</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>30</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1986</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Tolima</u> MUNICIPIO <u>Coyaima</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>C1177-81-80</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bojota D.C.</u> TELÉFONO <u>314841422</u> EMAIL <u>Claudis.milena@chota</u>

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: <u>Bachiller Académico</u>
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>07</u> AÑO <u>2004</u>

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	
<u>Tc</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Auxiliar de enfermería</u>	<u>07</u>	<u>2012</u>	<u>1012325572</u>

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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 Fundación Imix	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Cayama	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fundacionimix@gmail.com	
TELÉFONOS 2762372	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar enfermería	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Cra 3 #42-81	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Vista Hermosa I Nivel	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 05 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 05 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Auxiliar enfermería	DEPENDENCIA enfermería	DIRECCIÓN Cll 67 A Sur #18C-12	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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 DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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		22
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogotá D.C. 08-08-2018

Claudia milena Quimbayo Yara

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



**Departamento
Administrativo
de la Función
Pública**

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Claudia Milena Quimbayo Yara

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ CE ☐ OTRO ☐ No 1012325572 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN: Cll 77 # 81-80 sur TELÉFONOS: 3114841422

MUNICIPIO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Maria Yineth Yara Guzman	28.647768	Madre
Wendy Vanesa Moreno Quimbayo	1222207934	Hija
Dilan Sebastian Moreno Quimbayo	1222214513	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13, 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR ☐

LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

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. FIRMAClaudia Milena Quimbaya Yara
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTABogetadoc 08-08-18
CIUDAD Y FECHA

DAPP-QAP



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escribir Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Id de página: 14005959 Ayuda ?

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

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 claudia milena quimbayo yara

Nombre abreviado claudia milena quimbayo yara

Fecha de incorporación 08/08/2018 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1012325572

Tipo Entidad Estatal /
Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección cll 77 81-80 sur

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio

Código postal

Teléfono de oficina 4544575

Fax de oficina 4544575

Correo electrónico de la
oficina claudismile1987@hotmail.comCorreo electrónico para
notificaciones SECOP II claudismile1987@hotmail.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 claudia milena quimbayo yara

Cargo

JOTA

Teléfono

Móvil 3114841422

Fax

Correo electrónico claudismile1987@hotmail.com



Información financiera (No diligencie la tabla de i... tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Nombre	Número de empleado	
------------	----------	--------	--------------------	--

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Nombre

Email

Email 018000-62-0808 · Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Teléfono

Teléfono

CLICK ACÁ PARA INICIAR CHAT



A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA	08/08/18	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Charlita Muleca Quimbato	DOCUMENTO:	1012325572		
TELÉFONO	3114841422	ACTIVIDAD SOLICITADA:			

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

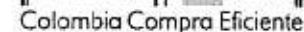
TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FÍSICO

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 ☒	SE DEBE ADJUNTAR EL PANTALLAZO INDICADO - GUARDE SU CONTRASEÑA Y USUARIO YA QUE EL CONTRATO LE
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	N/A ☐ TÉCNICOS: DIPLOMA TÉCNICO Y DIPLOMA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO DIPLOMA PREGRADO - ESPECIALISTAS: DIPLOMA PREGRADO Y DIPLOMA ESPECIALISTA
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐ TÉCNICOS: ACTA TÉCNICO Y ACTA BACHILLER PROFESIONALES: SOLO ACTA PREGRADO - ESPECIALISTAS: ACTA PREGRADO Y ACTA ESPECIALISTA
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 ☐ ÚNICAMENTE LOS QUE REGISTRADOS EN EL FORMATO DE HOJA DE VIDA
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CHI 8692 FECHA 08-08-18	SI ☒	CON MARCA DE AGUA QUE DIGA: CERTIFICADO O COPIA CERTIFICADO
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 ☐ APLICA PARA PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEL ÁREA DE LA SALUD
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐ APLICA PARA PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEL ÁREA DE LA SALUD
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Ingeniería, medicina veterinaria, Derecho, 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 O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒	N/A ☐ APLICA A TODOS LOS PERFILES
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☐	APLICA A TODOS LOS PERFILES Y DEBE APLICARSE EN CUALQUIER INSTITUCIÓN LEGALMENTE CONSTITUIDAS
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 APIH)	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 ☒	DILIGENCIAR LO QUE SE ENCUENTRA EN GRIS - ESTE FORMATO DEBE VENIR ESCANEADO E IMPRESO CON HUELLA Y FIRMA ORIGINAL
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Famisavar	SI ☒	CERTIFICADO COMO INDEPENDIENTE



LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el “Manual de Proveedores para el uso del SECOP II”.

[illegible]

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 Fundación Imix	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Cayaima	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Fundacionimix@gmail.com	
TELÉFONOS 2762372	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar Enfermería	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Cra 3 #42-81	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Vista Hermosa I Nivel	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 05 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 05 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Auxiliar enfermería	DEPENDENCIA enfermería	DIRECCIÓN Cll 67 A Sur #18C-12	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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 DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Quimbayo</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Yara</u>	NOMBRES <u>Claudia Milena</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1012325572</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>30</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1986</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Tolima</u> MUNICIPIO <u>Cayama</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>C1177-81-80</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bacata D.C.</u> TELÉFONO <u>3114841422</u> EMAIL <u>Claudisnik87@hotmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 5o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>07</u> AÑO <u>2004</u>

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	
<u>TC</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Auxiliar de enfermería</u>	<u>07</u>	<u>2012</u>	<u>1012325572</u>

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB



**Departamento
Administrativo
de la Función
Pública**

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Claudia Milena Quimbayo Yara

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ CE ☐ OTRO ☐ No 1012325572 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN: Cll 77 # 81-80 sur TELÉFONOS: 3114841422

MUNICIPIO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Maria Yineth Yara Guzman	28.647768	Madre
Wendy Vanesa Moreno Quimbayo	1222207934	Hija
Dilan Sebastian Moreno Quimbayo	1222214513	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13, 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR ☐

LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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		22
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C. 08-08-2018

Claudia Milena Quimbayo Yara
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

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

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

Claudia Milena Quimbaya Yara
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogetadoc 08-08-18
CIUDAD Y FECHA

DAPP-QAP

28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: <u>Colpensiones</u>	SI	☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: <u>Sura</u>	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	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
V°/B° Proceso Solicitante		Fecha:	
V°/B° Talento Humano:		Fecha:	
V°/B° Contratación:		Fecha:	



COLEGIO DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA
Y MEDIA ACADEMICA PARA ADULTOS
"HEISENBERG"

BACHILLERATO PARA ADULTOS POR CICLOS LECTIVOS ESPECIALES
INTEGRADOS CON PROMOCION FLEXIBLE

Concepto Favorable No. 6167 Marzo 17 de 1997 Ministerio de Educación Nacional
Licencia de Funcionamiento No. 1024 Julio 28 de 1997
Aprobación de Estudios No. 0197 Febrero 17 de 1998
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL TOLIMA

ACTA DE GRADO

En el Municipio Coyaima, a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Cuatro (2004) se reunieron con el fin de legalizar la Graduación de los alumnos de último Grado, los señores Director General y Coordinador Seccional del Colegio de Educación Básica Secundaria y Media Académica para Adultos "HEISENBERG", institución aprobada en las modalidades de Básica Secundaria y Media Académica para Adultos y autorizada por la Secretaría de Educación del Tolima, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 0197 de Febrero 17 de 1998.

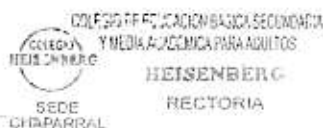
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que concluyeron el plan de estudios, alcanzaron los objetivos de formación y adquirieron los reconocimientos legales y reglamentarios definidos, correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombres y Apellidos:	QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA
Documento de Identidad	C.C. X No. 1.012.325.572 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 007 del Diez (10) de julio de Dos Mil Cuatro (2004) que consta de Diecisiete (17) alumnos graduados, comienza con el nombre GOMEZ OTAYO SANTOS y termina con el nombre de CORONEL PAEZ JAIRO ALBERTO Firmada y sellada por Gerardo Silva Duley (Director General) y el Coordinador Académico Seccional.

Dada en Coyaima, a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Cuatro (2004).

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en ella de acuerdo a las leyes y normas vigentes.



[Signature]
SEDE
CHAPARRAL

HEISENBERG
RECTORIA

[Signature]
ALDO GARCIA GARCIA BARRO



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

El Colegio de Educación Básica Secundaria
y Media Académica para Adultos
HEISENBERG

Colegio de Bachillerato para Adultos por Ciclos, Semipresencial, con Promoción Flexible

Concepto favorable No. 6167 de Marzo 17 de 1997 Ministerio de Educación Nacional

Licencia de Iniciación de Labores No. 1024 de 1997 Secretaría de Educación Departamental del Tolima

Licencia de Funcionamiento y Reconocimiento Oficial No. 0197 de Febrero 17 de 1998

Secretaría de Educación Departamental del Tolima

Confiere a:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Identificando(n) con C.C. 1.012.325.572 de Bogotá Guandamareca

El Título de

Bachiller Académico

Por haber concluido el plan de estudios, alcanzado los objetivos de formación
y adquirido los reconocimientos legales y reglamentarios definidos



[Firma]

Dr. Gonzalo Gilio Duley
Rector General
1998-2001

Chaparral, Julio 10 de 2001

Acta General de Graduación

No. 007 del 10 de Julio de 2001

Folio 341 Libro de Registro No. 01

[Firma]
Coordinador Seccional



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 027

ACTA INDIVIDUAL N° 11664

En Bogotá D.C. a los 14 días del Mes de Julio del año 2012,
CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA
Identificado(a) con Cedula De Ciudadanía N° 1.012.325.572 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 11664 Del Libro 05 del Registro de FUSDESA.



Lila Yareth Cicua Ramirez
LILA YARETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADÉMICA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

C.C. 1.012.325.572 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Liliana Yaneth Cicua Ramirez
LILIANA YANETH CICUA RAMIREZ
DIRECTORA ACADEMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

C.C. 1.012.325.572 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

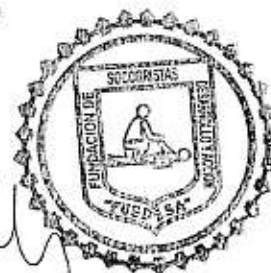
POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Liliana Yaneth Cicua Ramírez
LILIANA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 14 Días del Mes de Julio de 2012
Anotado en el Folio 11664 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá
Instituto de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Alberto Vejarano Laverde



RESOLUCION NÚMERO 10-005
(Enero 20 de 2010)

certifica que

CLAUDIA MILENA QUIMAYO YARA

C.C 1.012.325.572

cumplió con los objetivos del curso

CURSO SAMU DE VACUNACIÓN
[Duración 40 horas]

Realizado en Bogotá, D.C., Colombia, 16 de Junio al 14 de Julio de 2013

Rafael Alberto Fletscher
Director de Educación y Capacitación
Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá

Maura Angelica Borraez Ramos
Coordinación Académica



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Con Cedula de Ciudadanía No. 1.012.325.572

Cursó y aprobó la acción de Formación

LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los seis (6) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

11767445 - 06/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940300472783CC1012325572C.



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCIÓN
"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Claudia Milena Quimbayo Yara*

Asistió al curso Básico de

PRIMEROS AUXILIOS AVANZADOS

Con una intensidad de 40 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cienza Ramírez
Directora Académica

Instructor Socorrista



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Que:

Asistió al curso de

REANIMACION BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Con una intensidad de 40 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora

Ponente

Bogotá, D.C. 04 de Junio de 2011



La República de Colombia
Y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Asistió al curso de

ATENCION PREHOSPITALARIA (APH)

Con una intensidad de 40 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora



Ponente

Bogotá, D.C. 05 de Junio de 2011

Bogotá D.C

Señores:

Fundación de Economistas desarrollo y Acción Fudeasa
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Milena Quimbayo Yara 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:

Técnico Auxiliar de enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Claudia Milena Quimbayo Yara

No. de documento:

1012325572

Tarjeta profesional No:

1012325572

Dirección de contacto:

Cll 77-81-80^{sur}

Teléfono:

3114841422



FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA
FUNDACION IMIX**

CERTIFICA

Que el señor(a) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA** identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. **1.012.325.572**, prestó sus servicios a la **FUNDACIÓN IMIX** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la modalidad **DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** en el municipio de **COYAIMA**, con el siguiente tiempo dedicado y naturaleza de contrato:

1. Contrato de prestación de servicios: 01 de Febrero de 2016 al 30 de Noviembre de 2016.

Las obligaciones desde el servicio contratado fueron:

- Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños.
- Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud,
- Implementar acciones de promoción y prevención de la salud
- Movilizar recursos interinstitucionales
- Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación del servicio
- Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación.
- Elaborar o coordinar con el profesional idóneo la elaboración del ciclo de menús de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha.

Con inteligencia logramos la abundancia de la tierra.
Carrera 3 No.42-91 Barrio Casa Club Telefono 2762372 celular 3214502066
Email:fundacionimix@gmail.com



FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

- Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla
- Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad.
- Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad
- Utilizar los protocolos de activación de las rutas de salud y protección cuando se requiera.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF.

Se expide a solicitud de la interesado(a) a los trece (13) días del mes de Marzo de 2018

EUGENIA V. ROJAS DE BAHAMON
Representante legal
FUNDACION IMIX

Con inteligencia logramos la abundancia de la tierra.

Carrera 3 No.42-91 Barrio Casa Club Telefono 2762372 celular 3214502066

Email:fundacionimix@gmail.com



**EL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CERTIFICA:**

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA, identificado(a) con CC. 1.012.325.572, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
2131	29 de mayo de 2013 AL 30 de junio de 2013	1.593.000
3791	01 de julio de 2013 AL 31 de agosto de 2013	2.898.000
5364	01 de septiembre de 2013 AL 15 de septiembre de 2013	724.500
6197	17 de septiembre de 2013 AL 30 de septiembre de 2013	724.500
7349	01 de octubre de 2013 AL 09 de octubre de 2013	434.700
8871	10 de octubre de 2013 AL 31 de octubre de 2013	1.014.300
10490	01 de noviembre de 2013 AL 31 de diciembre de 2013	2.898.000
Adición 10490	01 de enero de 2014 AL 10 de enero de 2014	483.000
00760	11 de enero de 2014 AL 31 de enero de 2014	966.000
01704	01 de febrero de 2014 AL 28 de febrero de 2014	1.449.000
02709	01 de marzo de 2014 AL 30 de abril de 2014	2.898.000
03905	01 de mayo de 2014 AL 31 de julio de 2014	4.347.000

APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Nota: Los contratos relacionados quedan sujetos al desarrollo del objeto contractual por parte del contratista y/o de la entidad

Que el contratista NO ha tenido vinculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vinculo laboral entre el contratista y el Hospital.

Dada a los Veinticuatro (24) días del mes de noviembre de 2014


TERESA GÓMEZ DE ROMERO

Profesional universitario Contratación

La presente certificación no pierde su vigencia, en caso de ser solicitada presente fotocopia de la misma y guarde el original.

 Elabora: Dora M/Apoyo Admón. Contratación

QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA, identificado(a) con CC. 1.012.325.572

Calle 67A sur No 18C-12 Juan Pablo II
Codigo postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 265
www.hospitalvistahermosa.gov.co



BOGOTÁ
HUMANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.325.572**
QUIMBAYO YARA

APELLIDOS
CLAUDIA MILENA

NOMBRES

Claudia Milena Quimbayo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1986**
COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

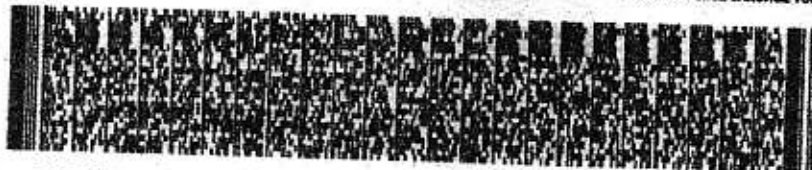
SEXO

15-OCT-2004 BOGOTÁ D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2903400-00333124-F-1012325572-20110912

0028015448A 1

35425387

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.325.572**
QUIMBAYO YARA

APELLIDOS
CLAUDIA MILENA

NOMBRES

Claudia Milena Quimbayo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1986**
COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

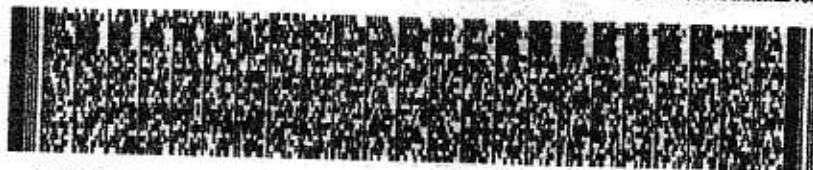
SEXO

15-OCT-2004 BOGOTÁ D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

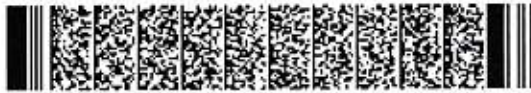


A-2903400-00333124-F-1012325572-20110912

0028015448A 1 35425387

2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14476478661



141517072121099010020000014476478661

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 2 3 2 5 5 7 2

6. DV

1

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 2 3 2 5 5 7 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 1 0 1 5

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

QUIMBAYO

32. Segundo apellido

YARA

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

MILENA

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 77 81 80 SUR

42. Correo electrónico:

claudismile1987@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1:

3 1 1 4 8 4 1 4 2 2

45. Teléfono 2:

3 1 3 2 7 1 4 4 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 2 1 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

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

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1012325572-1 CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información General

Dirección KR 77 81 80 SUR
Teléfonos 3114841422
Dirección electrónica claudismile1987@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/04/2013
Soporte Inscripción 15396408
Fecha Inicio Actividades 01/11/2012
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: 18003087953



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CLAUDIA MILENA
QUIMBAYO YARA

C.C. 1012325572

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 06/09/2012

Impresión Plástica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
UNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 8489 de 17/08/2012
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO 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) QUIMBAYO YARA CLAUDIA M,ILENA Identificado(a) con CC número 1012325572 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 14/07/2012.

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 QUIMBAYO YARA CLAUDIA M,ILENA identificado(a) con CC número 1012325572 expedida en BOGOTA 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 17/08/2012

IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Revisó: Daniel Ortiz B.
Elaboró: Víctor Sánchez

Original firmado
DR. IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director Desarrollo de Servicios de Salud

Bogotá, D.C. _____
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____
CC. # _____

Firma

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1012325572

Primer Nombre *

claudia

Primer Apellido *

quimbayo

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1012325572	CLAUDIA	MILENA	QUIMBAYO	YARA	Ver

Información Detallada [CC: 1012325572] CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/8/17	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tania Salud **PBX:**
211 9289
Cel: 310 237 1397
Tels:
255 8483
211 8459
211 7605

CENTRO DE VACUNACIÓN
 Carrera 15 No. 51-74 Piso 2
 E-mail: tania.salud@etb.net.co Bogotá D.C.
www.vacunaciontania.salud.com
administracion@vacunaciontania.salud.com



BIOTOSCANA S.A.
 La industria de vacunas del Grupo sanofi - pasteur

sanofi pasteur
 La industria de vacunas del Grupo sanofi - pasteur

Tecnoquimicas
 Estar vacunado es estar protegido



VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEFENZA	1a DOSS			
PARCELA	1a DOSS			
REINOCOS	1a DOSS			
Fiebre Amarilla = 2. 11/11/2012 23/03/2013				
Escuela N. 500 G. Aux. de Enfermería				

VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATIS B	1a DOSS	2061106	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	2a DOSS	2061106	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	3a DOSS	2061106	15-MAYO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	4a DOSS	2061106	26-FEBRERO 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
HEPATIS A	1a DOSS			
	2a DOSS			

Tania Salud **CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**
TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
 NIT 900174985-3
 CODIGO DE PRESTADOR 110011779001

CENTRO DE VACUNACIÓN

NOMBRE: CLAUDIA HILEIA DUMICHA
DOCUMENTO: P012.325.572
TELÉFONO:



VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TIEMO	1a DOSS	EU400000	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	2a DOSS	EU400000	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	3a DOSS	DQ9024	15-MAYO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
TIEMO	4a DOSS	Q40000	24 JUN. 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	REFERZO	0246901	29-SEP-2012	
TRIPLE VIRAL	1a DOSS	ES114	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3
	2a DOSS	ES114	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.985-3

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 Inscripciones en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son recogidos 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 requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, 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, estadísticos, 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 esta 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 derivadas 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 adelanten 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 Interna 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.

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.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1260 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, transmita, 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: carla@subredcentroorientevs.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del finado. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: 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.subredcentroorientevs.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 LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Claudia Milena Quimbaya Yara

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:		

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[Nombre del proveedor persona natural], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [día] del mes de [mes] de [año]

Claudia Milena Quimbayo Yara

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Claudia Milena Quimbayo Yara

Documento de Identidad: 1012325572





CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA identificado(a) con CC 1012325572 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 05/06/2013

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de agosto del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

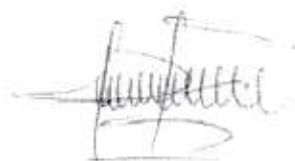
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1012325572**, se encuentra afiliado (a) desde **01/07/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Noiedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/07/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de agosto de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1012325572

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Claudia

Primer Nombre

Milena

Segundo Nombre

Quimbayo

Primer Apellido

Yara

Segundo Apellido

30-08-1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

Cotaima

Ciudad de Nacimiento

1177-81-80

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$ 1.500.000

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Claudismile1987@hotmail.com

Correo Electrónico

314841422

Celular

Claudia Milena Quimbayo Yara

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113426831



WEB

14:37:16

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012325572:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 07 de agosto de 2018, a las 14:54:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1012325572
Código de Verificación	1012325572180807145453

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:37:15 horas del 07/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012325572**

Apellidos y Nombres: **QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
 (Paloquemao), Bogotá DC
 Atención administrativa de lunes
 a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
 2:00 pm - 5:00 pm
 Línea de Atención al Ciudadano -
 Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
 Resto del país: 018000 910 112
 Requerimientos ciudadanos 24
 horas
 Fax (571) 5159581 - E-mail:
 lineadirecta@policia.gov.co



Bogotá D.C., 7 de Agosto de 2018 - 14:40 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) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

1012325572

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.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **8_SAPF7_4014**

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

2. Concepto: **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14476478661



141377072124099040020000014476478661

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 2 3 2 5 5 7 2

6. DV

1

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 2 3 2 5 5 7 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 1 0 1 5

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

QUIMBAYO

32. Segundo apellido

YARA

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

MILENA

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 77 81 80 SUR

42. Correo electrónico:

claudismile1987@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 1 4 8 4 1 4 2 2

45. Teléfono 2:

3 1 3 2 7 1 4 4 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 2 1 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

54. Código:

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

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

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1012325572-1 CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información General

Dirección KR 77 81 80 SUR
Teléfonos 3114841422
Dirección electrónica claudismile1987@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/04/2013
Soporte Inscripción 15396408
Fecha Inicio Actividades 01/11/2012
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: 18003087953



COLEGIO DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA
Y MEDIA ACADEMICA PARA ADULTOS
"HEISENBERG"

BACHILLERATO PARA ADULTOS POR CICLOS LECTIVOS ESPECIALES
INTEGRADOS CON PROMOCION FLEXIBLE

Concepto Favorable No. 6167 Marzo 17 de 1997 Ministerio de Educación Nacional
Licencia de Funcionamiento No. 1024 Julio 28 de 1997
Aprobación de Estudios No. 0197 Febrero 17 de 1998
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL TOLIMA

ACTA DE GRADO

En el Municipio Coyaima, a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Cuatro (2004) se reunieron con el fin de legalizar la Graduación de los alumnos de último Grado, los señores Director General y Coordinador Seccional del Colegio de Educación Básica Secundaria y Media Académica para Adultos "HEISENBERG", institución aprobada en las modalidades de Básica Secundaria y Media Académica para Adultos y autorizada por la Secretaría de Educación del Tolima, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 0197 de Febrero 17 de 1998.

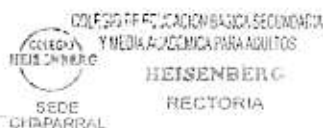
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que concluyeron el plan de estudios, alcanzaron los objetivos de formación y adquirieron los reconocimientos legales y reglamentarios definidos, correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombres y Apellidos:	QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA
Documento de Identidad	C.C. X No. 1.012.325.572 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 007 del Diez (10) de julio de Dos Mil Cuatro (2004) que consta de Diecisiete (17) alumnos graduados, comienza con el nombre GOMEZ OTAYO SANTOS y termina con el nombre de CORONEL PAEZ JAIRO ALBERTO Firmada y sellada por Gerardo Silva Duley (Director General) y el Coordinador Académico Seccional.

Dada en Coyaima, a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Cuatro (2004).

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en ella de acuerdo a las leyes y normas vigentes.



[Firma]

HEISENBERG
RECTORIA

[Firma]



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 027

ACTA INDIVIDUAL N° 11664

En Bogotá D.C. a los 14 días del Mes de Julio del año 2012,
CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA
Identificado(a) con Cedula De Ciudadanía N° 1.012.325.572 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 11664 Del Libro 05 del Registro de FUSDESA.



Lila Yareth Cicua Ramirez
LILA YARETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADÉMICA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

C.C. 1.012.325.572 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

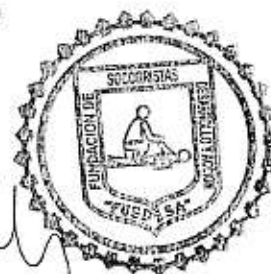
POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Lila Yaneth Cicua Ramirez
LILA YANETH CICUA RAMIREZ
DIRECTORA ACADEMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 14 Días del Mes de Julio de 2012
Anotado en el Folio 11664 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá
Instituto de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Alberto Vejarano Laverde



RESOLUCION NÚMERO 10-005
(Enero 20 de 2010)

certifica que

CLAUDIA MILENA QUIMAYO YARA

C.C 1.012.325.572

cumplió con los objetivos del curso

CURSO SAMU DE VACUNACIÓN
[Duración 40 horas]

Realizado en Bogotá, D.C., Colombia, 16 de Junio al 14 de Julio de 2013

Rafael Alberto Fletscher
Director de Educación y Capacitación
Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá

Maura Angelica Borraez Ramos
Coordinación Académica



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Con Cedula de Ciudadanía No. 1.012.325.572

Cursó y aprobó la acción de Formación

LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los seis (6) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR

CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

11757445 - 06/12/2013

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940306472783CC1012325572C.



La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Que:

Asistió al curso Básico de

Con una intensidad de 40 horas

Roberto Galindo González

Roberto Galindo González
Presidente

Hojaceth Guzmán

Dra. Hila Janeth Elena Ramírez
Directora Académica

[Signature]

Instructor Socorrista



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

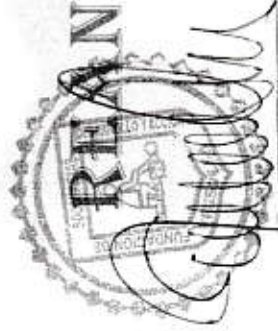
Claudia Milena Quimbayo Yara

Que:

Asistió al curso de

REENIMACION BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Con una intensidad de 40 horas



Rancy Galindo Gomez
Coordinadora

Ponente

Bogotá, D.C. 04 de Junio de 2011



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Que:

Asistió al curso de

ATENCION PREHOSPITALARIA (APH)

Con una intensidad de 40 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora



Ponente

Bogotá, D.C. 05 de Junio de 2011

Bogotá D.C

Señores:

Fundación de Economistas desarrollo y Acción Fudeasa
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Milena Quimbayo Yara 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:

Técnico Auxiliar de enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Claudia Milena Quimbayo Yara

No. de documento:

1012325572

Tarjeta profesional No:

1012325572

Dirección de contacto:

Cll 77-81-80^{sur}

Teléfono:

3114841422



FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA
FUNDACION IMIX**

CERTIFICA

Que el señor(a) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA** identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. **1.012.325.572**, prestó sus servicios a la **FUNDACIÓN IMIX** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la modalidad **DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** en el municipio de **COYAIMA**, con el siguiente tiempo dedicado y naturaleza de contrato:

1. Contrato de prestación de servicios: 01 de Febrero de 2016 al 30 de Noviembre de 2016.

Las obligaciones desde el servicio contratado fueron:

- Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños.
- Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud,
- Implementar acciones de promoción y prevención de la salud
- Movilizar recursos interinstitucionales
- Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación del servicio
- Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación.
- Elaborar o coordinar con el profesional idóneo la elaboración del ciclo de menús de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha.

Con inteligencia logramos la abundancia de la tierra.
Carrera 3 No.42-91 Barrio Casa Club Telefono 2762372 celular 3214502066
Email: fundacionimix@gmail.com



FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

- Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla
- Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad.
- Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad
- Utilizar los protocolos de activación de las rutas de salud y protección cuando se requiera.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF.

Se expide a solicitud de la interesado(a) a los trece (13) días del mes de Marzo de 2018

EUGENIA V. ROJAS DE BAHAMON
Representante legal
FUNDACION IMIX

Con inteligencia logramos la abundancia de la tierra.

Carrera 3 No.42-91 Barrio Casa Club Telefono 2762372 celular 3214502066

Email:fundacionimix@gmail.com



**EL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CERTIFICA:**

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA, identificado(a) con CC. 1.012.325.572, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
2131	29 de mayo de 2013 AL 30 de junio de 2013	1.593.000
3791	01 de julio de 2013 AL 31 de agosto de 2013	2.898.000
5364	01 de septiembre de 2013 AL 15 de septiembre de 2013	724.500
6197	17 de septiembre de 2013 AL 30 de septiembre de 2013	724.500
7349	01 de octubre de 2013 AL 09 de octubre de 2013	434.700
8871	10 de octubre de 2013 AL 31 de octubre de 2013	1.014.300
10490	01 de noviembre de 2013 AL 31 de diciembre de 2013	2.898.000
Adición 10490	01 de enero de 2014 AL 10 de enero de 2014	483.000
00760	11 de enero de 2014 AL 31 de enero de 2014	966.000
01704	01 de febrero de 2014 AL 28 de febrero de 2014	1.449.000
02709	01 de marzo de 2014 AL 30 de abril de 2014	2.898.000
03905	01 de mayo de 2014 AL 31 de julio de 2014	4.347.000

APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Nota: Los contratos relacionados quedan sujetos al desarrollo del objeto contractual por parte del contratista y/o de la entidad

Que el contratista NO ha tenido vinculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vinculo laboral entre el contratista y el Hospital.

Dada a los Veinticuatro (24) días del mes de noviembre de 2014


TERESA GÓMEZ DE ROMERO

Profesional universitario Contratación

La presente certificación no pierde su vigencia, en caso de ser solicitada presente fotocopia de la misma y guarde el original.

 Elabora: Dora M/Apoyo Admón. Contratación

QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA, identificado(a) con CC. 1.012.325.572

Calle 67A sur No 18C-12 Juan Pablo II
Codigo postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 265
www.hospitalvistahermosa.gov.co



BOGOTÁ
HUMANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.325.572**
QUIMBAYO YARA

APELLIDOS
CLAUDIA MILENA

NOMBRES

Claudia Milena Quimbayo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1986**
COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

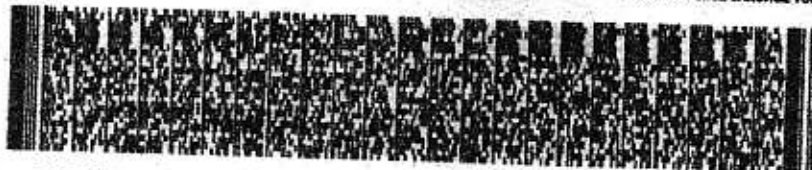
SEXO

15-OCT-2004 BOGOTÁ D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



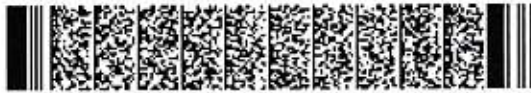
A-2903400-00333124-F-1012325572-20110912

0028015448A 1

35425387

2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14476478661



[41517072121099010020000014476478661]

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 2 3 2 5 5 7 2

6. DV

1

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 2 3 2 5 5 7 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 1 0 1 5

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

QUIMBAYO

32. Segundo apellido

YARA

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

MILENA

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 77 81 80 SUR

42. Correo electrónico:

claudismile1987@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

3 1 1 4 8 4 1 4 2 2

3 1 3 2 7 1 4 4 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 2 1 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

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

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1012325572-1 CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información General

Dirección KR 77 81 80 SUR
Teléfonos 3114841422
Dirección electrónica claudismile1987@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/04/2013
Soporte Inscripción 15396408
Fecha Inicio Actividades 01/11/2012
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: 18003087953



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CLAUDIA MILENA

QUIMBAYO YARA

C.C. 1012325572

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 06/09/2012

Impresión Plástica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
UNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 8489 de 17/08/2012
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO 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) QUIMBAYO YARA CLAUDIA M,ILENA Identificado(a) con CC número 1012325572 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 14/07/2012.

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 QUIMBAYO YARA CLAUDIA M,ILENA identificado(a) con CC número 1012325572 expedida en BOGOTA 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 17/08/2012

IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Revisó: Daniel Ortiz B.
Elaboró: Víctor Sánchez

Original firmado
DR. IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director Desarrollo de Servicios de Salud

Bogotá, D.C. _____
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____
CC. # _____

Firma

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1012325572

Primer Nombre *

claudia

Primer Apellido *

quimbayo

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1012325572	CLAUDIA	MILENA	QUIMBAYO	YARA	Ver

Información Detallada [CC: 1012325572] CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/8/17	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tania Salud **PBX:**
211 9289
Cel: 310 237 1397

Tels:
255 8483
211 8459
211 7605

CENTRO DE VACUNACIÓN
 Carrera 15 No. 51-74 Piso 2
 E-mail: tania.salud@etb.net.co Bogotá D.C.
www.vacunaciontania.salud.com
administracion@vacunaciontania.salud.com



BIOTOSCANA S.A.
 La industria de vacunas del Grupo sanofi - pasteur

sanofi pasteur
 La industria de vacunas del Grupo sanofi - pasteur

Tecnoquimicas
 Estar vacunado es estar protegido



VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEFENZA	1a DOSS			
PARCELA	1a DOSS			
REINOCOC	1a DOSS			
Fiebre Amarilla = 2. 11/11/2012 23/03/2013				
Escuela N. 504 G. Aux. de Enfermería				

VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATIS B	1a DOSS	2061106	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	2a DOSS	2061106	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	3a DOSS	2061106	15-MAYO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	4a DOSS	2061106	26-FEBRERO 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
HEPATIS A	1a DOSS			
	2a DOSS			

Tania Salud **CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**
TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
 NIT 900174955-3
 CODIGO DE PRESTADOR 110011779001

CENTRO DE VACUNACIÓN

NOMBRE: CLAUDIA HILEIA DUMICAY
DOCUMENTO: P012.325.572
TELÉFONO:



VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TIEMO	1a DOSS	EU4008070	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	2a DOSS	EU4008070	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	3a DOSS	DQ9024	15-MAYO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
TIEMO	4a DOSS	Q400000	24 JUN. 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	REFERZO	02469011	29-SEP-2012	
TRIPLE VIRAL	1a DOSS	ES114	02-FEBRERO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	2a DOSS	ES114	05-MARZO 2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3

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 Inscripciones en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son recogidos 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 requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, 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 esta 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 finalidad mencionada 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 derivadas 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 adelanten 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 Interna 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.

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.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1260 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, transmita, 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: carla@subredcentroorientevivo.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del finado. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: 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.subredcentroorientevivo.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES "

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Claudia Milena Quimbaya Yara

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:		



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA identificado(a) con CC 1012325572 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 05/06/2013

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de agosto del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

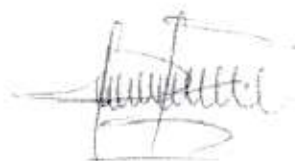
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1012325572**, se encuentra afiliado (a) desde **01/07/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Noiedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/07/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de agosto de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1012325572

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Claudia

Primer Nombre

Milena

Segundo Nombre

Quimbayo

Primer Apellido

Yara

Segundo Apellido

30-08-1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

Cotaima

Ciudad de Nacimiento

1177-81-80

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$ 1.500.000

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Claudismile1987@hotmail.com

Correo Electrónico

314841422

Celular

Claudia Milena Quimbayo Yara

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113426831



WEB

14:37:16

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012325572:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 07 de agosto de 2018, a las 14:54:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1012325572
Código de Verificación	1012325572180807145453

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 7 de Agosto de 2018 - 14:40 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) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

1012325572

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.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **8_SAPF7_4014**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:37:15 horas del 07/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012325572**

Apellidos y Nombres: **QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
 (Paloquemao), Bogotá DC
 Atención administrativa de lunes
 a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
 2:00 pm - 5:00 pm
 Línea de Atención al Ciudadano -
 Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
 Resto del país: 018000 910 112
 Requerimientos ciudadanos 24
 horas
 Fax (571) 5159581 - E-mail:
 lineadirecta@policia.gov.co

Tenemos los mejores beneficios para usted, y los hemos reunido en su nueva cuenta de ahorros Banco de Bogotá

Estimado (a):

QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA

Porque ahorrar es algo hecho entre dos, queremos darle la bienvenida a su nueva

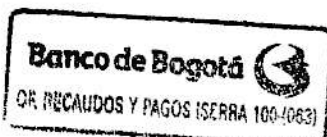
Cuenta de Ahorros de Nómina N° 052269412

A partir de ahora podrá gozar de los siguientes beneficios:

- Para manejar su dinero, le entregamos una Tarjeta Débito Visa Electrón con la que puede realizar transacciones, consultas y pagos a través de los más de 2.400 Cajeros de la Red ATH, Banca móvil y www.bancodebogota.com, completamente GRATIS e ilimitadamente. Este beneficio no incluye transferencias a cuentas de Bancos diferentes a Grupo AVAL ni transacciones erradas o no exitosas. Además, puede usarla en Cajeros Automáticos de otras redes a una tarifa preferencial. Antes de realizar cualquier transacción, por favor cambie la clave que le estamos entregando por una de fácil recordación. Lo puede hacer a través de nuestra red Cajeros Automáticos o en la Servilínea de su ciudad.
- Cuenta con una Red de más de 1.200 Oficinas del Grupo Aval y 600 del Banco de Bogotá a nivel nacional para realizar consignaciones en efectivo o cheque.
- Con la Tarjeta Débito de su Cuenta de Nómina, accede a las diferentes alianzas con las que cuenta el Banco actualmente. Para obtener más información sobre éstas, por favor visite nuestra página www.bancodebogota.com.
- Realice mínimo 5 transacciones al mes y mantenga un promedio superior a \$300.000 en su cuenta mensualmente y recibirá un extracto trimestral. Adicionalmente podrá consultarlo completamente gratis y en cualquier momento en www.bancodebogota.com.
- Solicite ya el beneficio de exoneración del 4xMil en la Oficina de radicación de la Cuenta de Nómina. De acuerdo con la ley, los movimientos de su Cuenta pueden gozar de esta exención. Tenga en cuenta que si usted tiene ya otra cuenta en el sistema financiero marcada como exenta, debe solicitar su demarcación con la otra entidad.
- El convenio bajo el cual se efectúa la apertura de la Cuenta de Nómina, obedece a una negociación hecha entre su Empresa y el Banco, por lo tanto, cualquier cambio en las condiciones pactadas, requiere de un acuerdo previo entre ambas partes. Los beneficios y costos asociados a esta Cuenta tendrán vigencia mientras usted labore en la empresa que autoriza al Banco la apertura, y siempre y cuando su salario sea abonado por la misma. En el momento que usted deje de prestar sus servicios a esta empresa, lo invitamos a que se acerque a la oficina donde abrió la Cuenta de Nómina para que cambie este producto por una Cuenta de Ahorros que se ajuste a sus nuevas necesidades y que le permita seguir obteniendo beneficios en tarifas y comisiones.
- Lo invitamos a consultar las tarifas de nuestros servicios bancarios en cualquiera de nuestras Oficinas, en www.bancodebogota.com o en la Servilínea de su ciudad. Los números de la Servilínea se encuentran publicados en nuestra página www.bancodebogota.com.
- Con esta Cuenta puede participar en las promociones vigentes. Solicite más información en cualquiera de nuestras Oficinas, en www.bancodebogota.com o en la Servilínea de su ciudad.

Disfrute desde ya todos los beneficios que le ofrece su Cuenta de Nómina.

Atentamente,



18 DIC. 2017

Yara Milena Quimbayo
Directora Nacional de Mercadeo

*Ley 863, devolución de los 2 puntos del IVA en la adquisición de bienes y servicios gravados con la tarifa general y la tarifa del 10%.

FIRMA
C.C.

102390412
18-12-2017

NOMINA

Banca Móvil

Con un mensaje de texto desde y hacia su celular, podrá tener el Banco en sus manos. Inscribese en este servicio a través de www.bancodebogota.com y goce de todos sus beneficios.

Agilidad

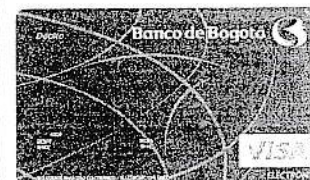
Use su Tarjeta Débito en los medios electrónicos que tenemos a su disposición: Cajeros Automáticos, Servilínea, Internet y Pin Pad

Comodidad

Para que realice sus retiros, tenemos más de 2.400 Cajeros Automáticos de la Red ATH a nivel nacional con tarifa unificada.

Economía

Realice sus compras en más de 75.000 establecimientos sin ningún costo adicional, además se ahorra 2 puntos del IVA.



Banco de Bogotá
Un Banco hecho entre dos





Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escribir Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Id de página: 14005959 Ayuda ?

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

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 claudia milena quimbayo yara

Nombre abreviado claudia milena quimbayo yara

Fecha de incorporación 08/08/2018 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1012325572

Tipo Entidad Estatal /
Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección cll 77 81-80 sur

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio

Código postal

Teléfono de oficina 4544575

Fax de oficina 4544575

Correo electrónico de la
oficina claudismile1987@hotmail.comCorreo electrónico para
notificaciones SECOP II claudismile1987@hotmail.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 claudia milena quimbayo yara

Cargo

JOTA

Teléfono

Móvil 3114841422

Fax

Correo electrónico claudismile1987@hotmail.com



Información financiera (No diligencie la tabla de i... tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Nombre	Número de empleado	
------------	----------	--------	--------------------	--

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Nombre

Email

Email 018000-62-0808 Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Teléfono

Teléfono

CLICK ACÁ PARA INICIAR CHAT



A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA	08/08/18	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Charlita Muleca Quimbato	DOCUMENTO:	1012325572		
TELÉFONO	3114841422	ACTIVIDAD SOLICITADA:			

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

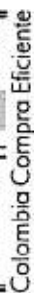
TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FÍSICO

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 ☒	SE DEBE ADJUNTAR EL PANTALLAZO INDICADO - GUARDE SU CONTRASEÑA Y USUARIO YA QUE EL CONTRATO LE
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	N/A ☐ TÉCNICOS: DIPLOMA TÉCNICO Y DIPLOMA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO DIPLOMA PREGRADO - ESPECIALISTAS: DIPLOMA PREGRADO Y DIPLOMA ESPECIALISTA
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐ TÉCNICOS: ACTA TÉCNICO Y ACTA BACHILLER PROFESIONALES: SOLO ACTA PREGRADO - ESPECIALISTAS: ACTA PREGRADO Y ACTA ESPECIALISTA
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 ☐ ÚNICAMENTE LOS QUE REGISTRADOS EN EL FORMATO DE HOJA DE VIDA
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CHI 8692 FECHA 08-08-18	SI ☒	CON MARCA DE AGUA QUE DIGA: CERTIFICADO O COPIA CERTIFICADO
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 ☐ APLICA PARA PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEL ÁREA DE LA SALUD
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐ APLICA PARA PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEL ÁREA DE LA SALUD
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Ingeniería, medicina veterinaria, Derecho, 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 O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒	N/A ☐ APLICA A TODOS LOS PERFILES
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☐	APLICA A TODOS LOS PERFILES Y DEBE APLICARSE EN CUALQUIER INSTITUCIÓN LEGALMENTE CONSTITUIDAS
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 APIH)	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 ☒	DILIGENCIAR LO QUE SE ENCUENTRA EN GRIS - ESTE FORMATO DEBE VENIR ESCANEADO E IMPRESO CON HUELLA Y FIRMA ORIGINAL
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Famisavar	SI ☒	CERTIFICADO COMO INDEPENDIENTE



LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

[illegible]

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 Fundación Imix	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Cayaima	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Fundacionimix@gmail.com	
TELÉFONOS 2762372	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar Enfermería	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Cra 3 #42-81	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Vista Hermosa I Nivel	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogetá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 05 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 05 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Auxiliar enfermería	DEPENDENCIA enfermería	DIRECCIÓN C1167A Sur #18C-12	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Quimbayo</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Yara</u>	NOMBRES <u>Claudia Milena</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1012325572</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>30</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1986</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Tolima</u> MUNICIPIO <u>Cayama</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>C1177-81-80</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bacata D.C.</u> TELÉFONO <u>314841422</u> EMAIL <u>Claudisnik87@hotmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 5o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>07</u> AÑO <u>2004</u>	

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	07	2012	1012325572

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



**Departamento
Administrativo
de la Función
Pública**

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Claudia Milena Quimbayo Yara

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ CE ☐ OTRO ☐ No 1012325572 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN: Cll 77 # 81-80 sur TELÉFONOS: 3114841422

MUNICIPIO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Maria Yineth Yara Guzman	28.647768	Madre
Wendy Vanesa Moreno Quimbayo	1222207934	Hija
Dilan Sebastian Moreno Quimbayo	1222214513	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13, 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR ☐

LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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		22
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C. 08-08-2018

Claudia Milena Quimbayo Yara
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

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

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. FIRMAClaudia Milena Quimbaya Yara
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTABogetadoc 08-08-18
CIUDAD Y FECHA

DAPP-QAP

28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: <u>Colpensiones</u>	SI	☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: <u>Sura</u>	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	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
V°/B° Proceso Solicitante		Fecha:	
V°/B° Talento Humano:		Fecha:	
V°/B° Contratación:		Fecha:	



COLEGIO DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA
Y MEDIA ACADEMICA PARA ADULTOS
"HEISENBERG"

BACHILLERATO PARA ADULTOS POR CICLOS LECTIVOS ESPECIALES
INTEGRADOS CON PROMOCION FLEXIBLE

Concepto Favorable No. 6167 Marzo 17 de 1997 Ministerio de Educación Nacional
Licencia de Funcionamiento No. 1024 Julio 28 de 1997
Aprobación de Estudios No. 0197 Febrero 17 de 1998
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL TOLIMA

ACTA DE GRADO

En el Municipio Coyaima, a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Cuatro (2004) se reunieron con el fin de legalizar la Graduación de los alumnos de último Grado, los señores Director General y Coordinador Seccional del Colegio de Educación Básica Secundaria y Media Académica para Adultos "HEISENBERG", institución aprobada en las modalidades de Básica Secundaria y Media Académica para Adultos y autorizada por la Secretaría de Educación del Tolima, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 0197 de Febrero 17 de 1998.

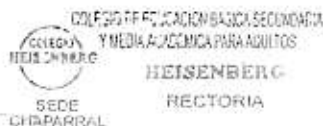
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que concluyeron el plan de estudios, alcanzaron los objetivos de formación y adquirieron los reconocimientos legales y reglamentarios definidos, correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombres y Apellidos:	QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA
Documento de Identidad	C.C. X No. 1.012.325.572 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 007 del Diez (10) de julio de Dos Mil Cuatro (2004) que consta de Diecisiete (17) alumnos graduados, comienza con el nombre GOMEZ OTAYO SANTOS y termina con el nombre de CORONEL PAEZ JAIRO ALBERTO Firmada y sellada por Gerardo Silva Duley (Director General) y el Coordinador Académico Seccional.

Dada en Coyaima, a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Cuatro (2004).

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en ella de acuerdo a las leyes y normas vigentes.



[Signature]
SEDE
CHAPARRAL

HEISENBERG
RECTORIA

[Signature]
ALDO GARCIA GARCIA BARRO



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

El Colegio de Educación Básica Secundaria
y Media Académica para Adultos
HEISENBERG

Colegio de Bachillerato para Adultos por Ciclos, Semipresencial, con Promoción Flexible

Concepto favorable No. 6167 de Marzo 17 de 1997 Ministerio de Educación Nacional

Licencia de Iniciación de Labores No. 1024 de 1997 Secretaría de Educación Departamental del Tolima

Licencia de Funcionamiento y Reconocimiento Oficial No. 0197 de Febrero 17 de 1998

Secretaría de Educación Departamental del Tolima

Confiere a:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Identificando(n) con C.C. 1.012.325.572 de Bogotá Guandamareca

El Título de

Bachiller Académico

Por haber concluido el plan de estudios, alcanzado los objetivos de formación
y adquirido los reconocimientos legales y reglamentarios definidos



[Firma]

Dr. Gonzalo Gilio Duley
Rector General
1998-2001

Chaparral, Julio 10 de 2001

Acta General de Graduación

No. 007 del 10 de Julio de 2001

Folio 341 Libro de Registro No. 01

[Firma]
Coordinador Seccional



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 027

ACTA INDIVIDUAL N° 11664

En Bogotá D.C. a los 14 días del Mes de Julio del año 2012,
CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA
Identificado(a) con Cedula De Ciudadanía N° 1.012.325.572 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 11664 Del Libro 05 del Registro de FUSDESA.



Lila Yareth Cicua Ramirez
LILA YARETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADÉMICA



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

CLAUDIA MILENA QUMBAYO YARA

C.C. 1.012.325.572 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Liliana
LILIANA RAMIREZ
DIRECTORA ACADEMICA



Nancy
NANCY GALINDO GOMEZ
SECRETARIA ACADEMICA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

C.C. 1.012.325.572 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



[Firma]
LILIA YANETH CECUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



[Firma]
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADÉMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 14 Días del Mes de Julio de 2012
Anotado en el Folio 11664 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá
Instituto de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Alberto Vejarano Laverde



RESOLUCION NÚMERO 10-005
(Enero 20 de 2010)

certifica que

CLAUDIA MILENA QUIMAYO YARA

C.C 1.012.325.572

cumplió con los objetivos del curso

CURSO SAMU DE VACUNACIÓN
[Duración 40 horas]

Realizado en Bogotá, D.C., Colombia, 16 de Junio al 14 de Julio de 2013

Rafael Alberto Fletscher
Director de Educación y Capacitación
Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá

Maura Angelica Borraez Ramos
Coordinación Académica



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Con Cedula de Ciudadanía No. 1.012.325.572

Cursó y aprobó la acción de Formación

LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los seis (6) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

11757445 - 06/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940306472783CC1012325572C.



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Que:

Asistió al curso Básico de

Con una intensidad de 40 horas

PRIMEROS AUXILIOS AVANZADOS

Roberto Galindo González

Roberto Galindo González
Presidente

Hojaceth Guzmán

Dra. Hila Janeth Elena Ramírez
Directora Académica

[Signature]

Instructor Socorrista



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

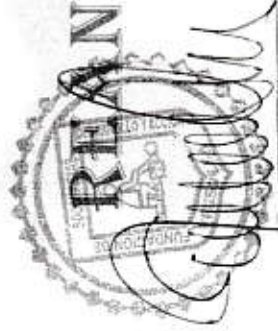
Claudia Milena Quimbayo Yara

Que:

Asistió al curso de

REENIMACION BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Con una intensidad de 40 horas



Rancy Galindo Gomez
Coordinadora

Donante

Bogotá, D.C. 04 de Junio de 2011



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Claudia Milena Quimbayo Yara

Que:

Asistió al curso de

ATENCION PREHOSPITALARIA (APH)

Con una intensidad de 40 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora



Ponente

Bogotá, D.C. 05 de Junio de 2011

Bogotá D.C

Señores:

Fundación de Economistas desarrollo y Acción Fudeasa
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Milena Quimbayo Yara 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:

Técnico Auxiliar de enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Claudia Milena Quimbayo Yara

No. de documento:

1012325572

Tarjeta profesional No:

1012325572

Dirección de contacto:

Cll 77-81-80^{sur}

Teléfono:

3114841422



FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA
FUNDACION IMIX**

CERTIFICA

Que el señor(a) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA** identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. **1.012.325.572**, prestó sus servicios a la **FUNDACIÓN IMIX** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la modalidad **DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** en el municipio de **COYAIMA**, con el siguiente tiempo dedicado y naturaleza de contrato:

1. Contrato de prestación de servicios: 01 de Febrero de 2016 al 30 de Noviembre de 2016.

Las obligaciones desde el servicio contratado fueron:

- Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños.
- Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud,
- Implementar acciones de promoción y prevención de la salud
- Movilizar recursos interinstitucionales
- Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación del servicio
- Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación.
- Elaborar o coordinar con el profesional idóneo la elaboración del ciclo de menús de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha.

Con inteligencia logramos la abundancia de la tierra.

Carrera 3 No.42-91 Barrio Casa Club Telefono 2762372 celular 3214502066

Email:fundacionimix@gmail.com



FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

- Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla
- Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad.
- Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad
- Utilizar los protocolos de activación de las rutas de salud y protección cuando se requiera.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF.

Se expide a solicitud de la interesado(a) a los trece (13) días del mes de Marzo de 2018

EUGENIA V. ROJAS DE BAHAMON
Representante legal
FUNDACION IMIX

Con inteligencia logramos la abundancia de la tierra.

Carrera 3 No.42-91 Barrio Casa Club Telefono 2762372 celular 3214502066

Email:fundacionimix@gmail.com



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ, D.C. 111951

**EL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CERTIFICA:**

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA, identificado(a) con CC. 1.012.325.572, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
2131	29 de mayo de 2013 AL 30 de junio de 2013	1.593.000
3791	01 de julio de 2013 AL 31 de agosto de 2013	2.898.000
5364	01 de septiembre de 2013 AL 15 de septiembre de 2013	724.500
6197	17 de septiembre de 2013 AL 30 de septiembre de 2013	724.500
7349	01 de octubre de 2013 AL 09 de octubre de 2013	434.700
8871	10 de octubre de 2013 AL 31 de octubre de 2013	1.014.300
10490	01 de noviembre de 2013 AL 31 de diciembre de 2013	2.898.000
Adición 10490	01 de enero de 2014 AL 10 de enero de 2014	483.000
00760	11 de enero de 2014 AL 31 de enero de 2014	966.000
01704	01 de febrero de 2014 AL 28 de febrero de 2014	1.449.000
02709	01 de marzo de 2014 AL 30 de abril de 2014	2.898.000
03905	01 de mayo de 2014 AL 31 de julio de 2014	4.347.000

APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Nota: Los contratos relacionados quedan sujetos al desarrollo del objeto contractual por parte del contratista y/o de la entidad

Que el contratista NO ha tenido vinculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vinculo laboral entre el contratista y el Hospital.

Dada a los Veinticuatro (24) días del mes de noviembre de 2014


TERESA GÓMEZ DE ROMERO

Profesional universitario Contratación

La presente certificación no pierde su vigencia, en caso de ser solicitada presente fotocopia de la misma y guarde el original.

 Elabora: Dora M/Apoyo Admón. Contratación

QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA, identificado(a) con CC. 1.012.325.572

Calle 67A sur No 18C-12 Juan Pablo II
Codigo postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 265
www.hospitalvistahermosa.gov.co



BOGOTÁ
HUMANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.325.572**
QUIMBAYO YARA

APELLIDOS
CLAUDIA MILENA

NOMBRES

Claudia Milena Quimbayo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1986**
COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

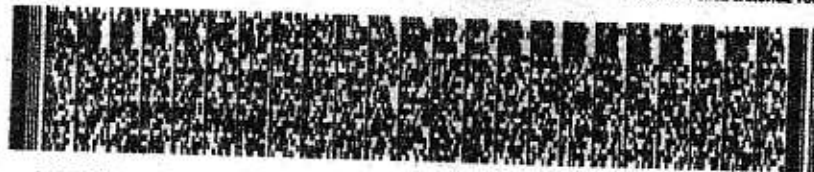
15-OCT-2004 BOGOTÁ D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2903400-00333124-F-1012325572-20110912

0028015448A 1

35425387

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.325.572**
QUIMBAYO YARA

APELLIDOS
CLAUDIA MILENA

NOMBRES

Claudia Milena Quimbayo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1986**
COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

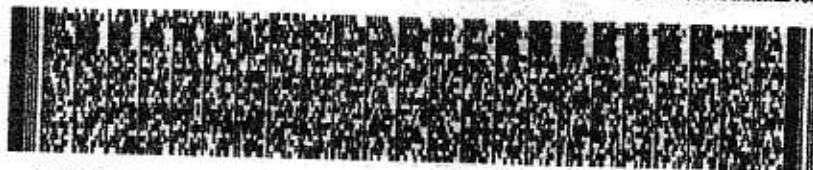
SEXO

15-OCT-2004 BOGOTÁ D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

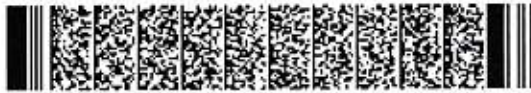


A-2903400-00333124-F-1012325572-20110912

0028015448A 1 35425387

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14476478661



141517072121099010020000014476478661

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 2 3 2 5 5 7 2

6. DV

1

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 2 3 2 5 5 7 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 1 0 1 5

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

QUIMBAYO

32. Segundo apellido

YARA

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

MILENA

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 77 81 80 SUR

42. Correo electrónico:

claudismile1987@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

3 1 1 4 8 4 1 4 2 2

3 1 3 2 7 1 4 4 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 2 1 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

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

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1012325572-1 CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información General

Dirección KR 77 81 80 SUR
Teléfonos 3114841422
Dirección electrónica claudismile1987@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/04/2013
Soporte Inscripción 15396408
Fecha Inicio Actividades 01/11/2012
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: 18003087953



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CLAUDIA MILENA
QUIMBAYO YARA

C.C. 1012325572

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 06/09/2012

Impresión Plástica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
UNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 8489 de 17/08/2012
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO 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) QUIMBAYO YARA CLAUDIA M,ILENA Identificado(a) con CC número 1012325572 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 14/07/2012.

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 QUIMBAYO YARA CLAUDIA M,ILENA identificado(a) con CC número 1012325572 expedida en BOGOTA 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 17/08/2012

IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Revisó: Daniel Ortiz B.
Elaboró: Víctor Sánchez

Original firmado
DR. IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director Desarrollo de Servicios de Salud

Bogotá, D.C. _____
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____
CC. # _____

Firma

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1012325572

Primer Nombre *

claudia

Primer Apellido *

quimbayo

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1012325572	CLAUDIA	MILENA	QUIMBAYO	YARA	Ver

Información Detallada [CC: 1012325572] CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/8/17	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tania Salud **PBX:**
211 9289
Cel: 310 237 1397

Tels:
255 8483
211 8459
211 7605

CENTRO DE VACUNACIÓN
 Carrera 15 No. 51-74 Piso 2
 E-mail: tania.salud@etb.net.co Bogotá D.C.
www.vacunaciontania.salud.com
administracion@vacunaciontania.salud.com



BIOTOSCANA S.A.
 La industria de vacunas del Grupo sanofi - pasteur

sanofi pasteur
 La industria de vacunas del Grupo sanofi - pasteur

Tecnoquimicas
 Estar vacunado es estar protegido



VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEFENZA	1a DOSS			
PARCELA	1a DOSS			
REINOCOS	1a DOSS			
Fiebre Amarilla = 2. 11/11/2012 23/03/2013				
Escuela N. 504 G. Aux. de Enfermería				

VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATIS B	1a DOSS	2061106	02-FEB-2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	2a DOSS	2061106	05-MAR-2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	3a DOSS	2061106	15-MAY-2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	4a DOSS	2061106	26-FEB-2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
HEPATIS A	1a DOSS			
	2a DOSS			

Tania Salud **CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**
TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
 NIT 900174955-3
 CODIGO DE PRESTADOR 110011779001

CENTRO DE VACUNACIÓN

NOMBRE: CLAUDIA HILEIA DUMICHA
DOCUMENTO: P012.325.572
TELÉFONO:



VACUNA	DOSS REFUEZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TIEMO	1a DOSS	EU400000	02-FEB-2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
TIEMO	2a DOSS	EU400000	05-MAR-2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	3a DOSS	D90024	15-MAY-2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	4a DOSS	DE10110	24 JUN. 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	REFERZO	02469011	29-SEP-2012	
TRIPLE VIRAL	1a DOSS	ES114	02-FEB-2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3
	2a DOSS	ES114	05-MAR-2010	TANIA SALUD NIT. 900.174.955-3

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 Inscripciones en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son recogidos 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 requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, 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, estadísticos, 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 esta 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 derivadas 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 adelanten 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 Interna 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.

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.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1260 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, transmita, 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: carla@subredcentroorientevs.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del finado. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: 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.subredcentroorientevs.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 LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Claudia Milena Quimbaya Yara

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:		

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[Nombre del proveedor persona natural], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [día] del mes de [mes] de [año]

Claudia Milena Quimbayo Yara

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Claudia Milena Quimbayo Yara

Documento de Identidad: 1012325572





CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA identificado(a) con CC 1012325572 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 05/06/2013

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de agosto del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

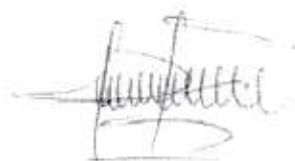
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1012325572**, se encuentra afiliado (a) desde **01/07/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Noiedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/07/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de agosto de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1012325572

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Claudia

Primer Nombre

Milena

Segundo Nombre

Quimbayo

Primer Apellido

Yara

Segundo Apellido

30-08-1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

Cotaima

Ciudad de Nacimiento

1177-81-80

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$ 1.500.000

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Claudismile1987@hotmail.com

Correo Electrónico

314841422

Celular

Claudia Milena Quimbayo Yara

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113426831



WEB

14:37:16

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012325572:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 07 de agosto de 2018, a las 14:54:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1012325572
Código de Verificación	1012325572180807145453

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:37:15 horas del 07/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012325572**

Apellidos y Nombres: **QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
 (Paloquemao), Bogotá DC
 Atención administrativa de lunes
 a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
 2:00 pm - 5:00 pm
 Línea de Atención al Ciudadano -
 Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
 Resto del país: 018000 910 112
 Requerimientos ciudadanos 24
 horas
 Fax (571) 5159581 - E-mail:
 lineadirecta@policia.gov.co



Bogotá D.C., 7 de Agosto de 2018 - 14:40 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) **CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

1012325572

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.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **8_SAPF7_4014**

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

2. Concepto: **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14476478661



141377072124099410020000014476478661

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 2 3 2 5 5 7 2 - 1

6. DV

12. Dirección seccional:
Inmuebles 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 2 3 2 5 5 7 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 1 0 1 5

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

29. Departamento:

1 6 9

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

1 1

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

QUIMBAYO

32. Segundo apellido

YARA

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

MILENA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

1 6 9

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

1 1

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 77 81 80 SUR

42. Correo electrónico:

claudismile1987@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 1 4 8 4 1 4 2 2

45. Teléfono 2:

3 1 3 2 7 1 4 4 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 2 1 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

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

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: QUIMBAYO YARA CLAUDIA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1012325572-1 CLAUDIA MILENA QUIMBAYO YARA

Información General

Dirección KR 77 81 80 SUR
Teléfonos 3114841422
Dirección electrónica claudismile1987@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/04/2013
Soporte Inscripción 15396408
Fecha Inicio Actividades 01/11/2012
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: 18003087953