



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Quiceno	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Pérez	NOMBRES Andrea Giselle
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1005968879	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 12 MES 10 AÑO 2007 PAÍS Colombia DEPTO Valle del Cauca MUNICIPIO Cali	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Kra 26 Cl # 77-25 PAÍS Colombia DEPTO Valle del Cauca MUNICIPIO Cali TELÉFONO 317 283 2538 EMAIL andreaquiceno95@gmail.com	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller técnico Comercial				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	12	AÑO	2017

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	2	X		Técnico en contabilización de operaciones comerciales y financieras	01	2020	
UN	1		X	Contaduría Pública	04	2020	

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 <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">No</p>	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <p style="font-size: 1.2em;">Congelados la delicia</p>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <p style="font-size: 1.2em;">Colombia</p>
DEPARTAMENTO <p style="font-size: 1.2em;">Valle del Cauca</p>	MUNICIPIO <p style="font-size: 1.2em;">Cali</p>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <p style="font-size: 1.2em;">Jjulianguiceno64@gmail.com</p>	
TELÉFONOS <p style="font-size: 1.2em;">3183820059</p>	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 <p style="font-size: 1.2em;">auxiliar Contable</p>	DEPENDENCIA <p style="font-size: 1.2em;">administrativa</p>	DIRECCIÓN <p style="font-size: 1.2em;">Kra 26 Cl # 77-25</p>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <p style="font-size: 1.2em;">Acción Social FAC Nuestra Señora de Loreto</p>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <p style="font-size: 1.2em;">Colombia</p>
DEPARTAMENTO <p style="font-size: 1.2em;">Valle del Cauca</p>	MUNICIPIO <p style="font-size: 1.2em;">Cali</p>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <p style="font-size: 1.2em;">4416075</p>	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 <p style="font-size: 1.2em;">auxiliar Contable</p>	DEPENDENCIA <p style="font-size: 1.2em;">Acción Social Loreto</p>	DIRECCIÓN <p style="font-size: 1.2em;">Kra 8 #58-67 Base Aéreo</p>	
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)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	3

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 Santiago de Cali, 05 de Mayo de 2021

Andrés Gualle Q.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

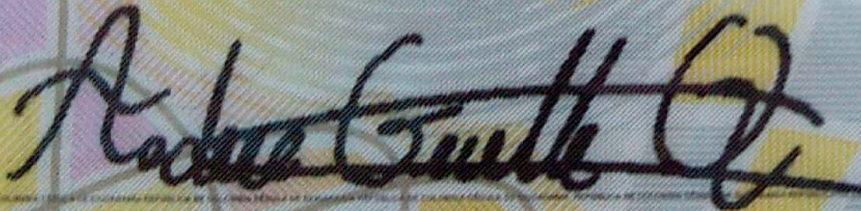
NÚMERO **1.005.968.879**

QUICENO PEREZ

APELLIDOS

ANDREA GISELLE

NOMBRES



FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-2001**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

AB+

G.S. RH

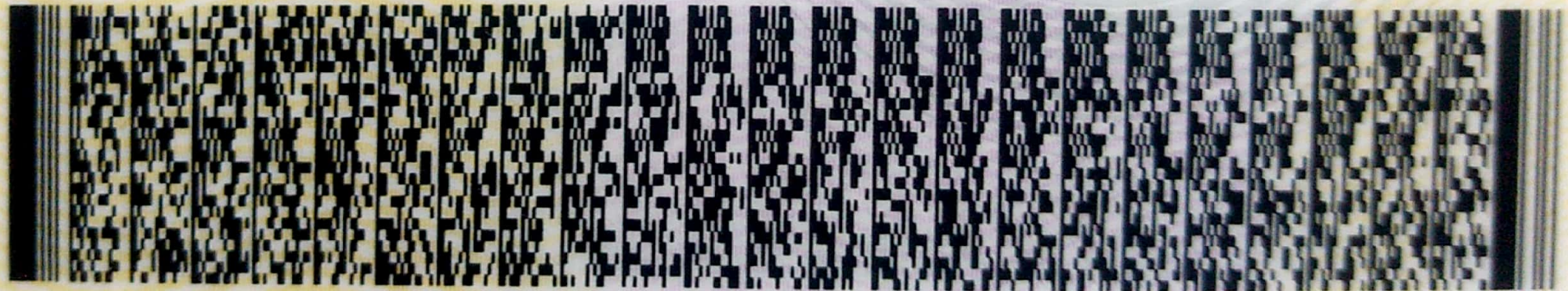
F

SEXO

15-NOV-2019 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vácha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-3100100-01117354-F-1005968879-20191203

0069155505A 1

8500043827

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Libertad y Orden

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Mixto

Francisco Eladio Ramírez

Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal de Santiago de Cali
según Reconocimiento Oficial de Estudios No. 4143.2.21.2536 de Abril de 2009

Confiere a:

Andrea Giselle Quiceno Pérez

Identificada con la Tarjeta de identidad N° 1.005.968.879 de Cali

El título de:

Bachiller Técnico Modalidad Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
período lectivo 2017 el nivel de Educación Media Técnica,
(Artículo 28 ley 115 de 1994); según los planes, programas vigentes y P.E.I

COLEGIO
FRANCISCO ELADIO RAMÍREZ

RECTOR

Lic. Héctor James Zúñiga Nazareno

Rector

Lic. Miriam Rocío Zúñiga Nazareno
Secretaria General

Anotado al folio _____ del Libro para Control de Diplomas

Dado en Santiago de Cali (V), a los 01 días del mes de Dic de 2017

No requiere Registro de la Secretaría de Educación,
según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994,
y 2150 del 5 de diciembre de 1995,
de la Presidencia de la República



Diploma No. 20151120



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

ANDREA GISELLE QUICENO PEREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1005968879

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

Título de

**TÉCNICO EN
CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES
COMERCIALES Y FINANCIERAS**

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente Título en Cali.
a los dieciocho (18) días del mes de octubre de dos mil veinte (2020)*

Firmado Digitalmente por

EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO

Subdirector CENTRO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA DE SERVICIOS
REGIONAL VALLE

57640217 - 18/10/2020

No. y FECHA REGISTRO



*“Acción Social FAC
Nuestra Señora de Loreto Seccional Emavi”
Personería Jurídica Res. 4915
NIT. 890.355.655-7*

**LA SUSCRITA PRESIDENTA DE LA ACCIÓN SOCIAL FAC NUESTRA
SEÑORA DE LORETO SECCIONAL EMAVI**

HACE CONSTAR

Que la señorita **ANDREA GISELLE QUICENO PEREZ** identificada con Cédula de Ciudadanía No **1.005.968.879** de Cali, Suscribió un contrato de Aprendizaje con la Acción Social FAC Nuestra Señora de Loreto.

Que Cumplió con la totalidad del tiempo contratado comprendido del 05 de ABRIL de 2019 al 27 de Enero de 2020, con un horario de 07:30 A.M. a 12:30 P.M. y 1:30 P.M. a 4:30 P.M.

Que durante el tiempo de formación profesional integral, desarrollo satisfactoriamente las funciones de la especialidad Técnico en contabilización de operaciones comerciales y financieras.

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada para presentar en el **SENA**.
Dada en Santiago de Cali, a los Treinta y Un (31) días del mes de Enero de Dos Mil Veinte (2020).

Atentamente,

MONICA MARULANDA M.
Presidente
Acción Social FAC Nuestra
Señora de Loreto Seccional EMAVI



Elaboro: *Emmy R.*
Asistente Administrativa

Carrera 8 No 58 – 67 P.B.X. 488 10 00 – Ext. 1010 – Telefax: 441 60 75 - 311 369 7830 Cali – Colombia



“Congelados la delicia”

NIT. 16.361.395-0

LA MICRO EMPRESA CONGELADOS LA DELICIA

HACE CONSTAR

Que la señorita **ANDREA GISELLE QUICENO PÉREZ** identificada con Cedula de Ciudadanía N° **1.005.968.879** de Cali, firmó un contrato de trabajo a término definido.

Cumplió con la totalidad del tiempo contratado comprendido del 02 de marzo de 2020 al 30 de septiembre de 2020, con un horario laboral de 8:30 A.M a 12:30 P.M y 1:30 P.M a 5:30 P.M.

Durante el tiempo laborado en la empresa desempeñó satisfactoriamente todas las funciones correspondientes de acuerdo a su cargo como **AUXILIAR CONTABLE**.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada.

Dada en Santiago de Cali, a los Veintisiete (27) días del mes de octubre de Dos Mil Veinte (2020).

Atentamente,

JOSÉ JULIÁN QUICENO G.

Representante Legal.
Congelados La Delicia

Carrera 26 C1 #77-25 - Tel. 318 382 0059 Cali – Colombia.

OFERTA TÉCNICA

Proceso de Contratación Directa No.

Andrea Giselle Quiceno Pérez, Identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de persona natural de profesión liberal, DECLARO que conozco íntegramente el contenido de todas y cada una de las condiciones técnicas detalladas en la solicitud de oferta del presente proceso.

De igual manera, manifiesto haber efectuado un análisis detallado, minucioso y exhaustivo de las especificaciones contenidas en el ANEXO TÉCNICO, lo que inequívocamente declaro que por ningún motivo me exonera de ninguna responsabilidad y por lo mismo, me obligo a su irrestricto cumplimiento.

Por lo anterior, me permito detallar mi propuesta técnica en los siguientes términos:

Titulo técnico o tecnológico en gestión contable y financiera y/o profesional en contaduría pública.

a) Actividades específicas

• **Actividades a desarrollar** El contratista debe adelantar las siguientes actividades para cumplir el objeto contractual:

El auxiliar contable para el área de costos, facturación y auditoria tendrá la disponibilidad para realizar las actividades programadas en las instalaciones del área administrativa del Establecimiento de Sanidad Militar, de acuerdo con el tiempo solicitado por el ESM para la entrega de las mismas.

1. Consolida y reporta a la JEFSA el cuadro de integración funcional (cruce de cuentas entre fuerzas).
2. Revisa los informes de supervisión, acta de bienes y servicios y actas de recibo a satisfacción entregadas por los supervisores de los contratos para el pago de los mismos.
3. Elabora el formato de certificado de ordenador del gasto y preparar los documentos y soportes para el pago a los contratistas y entrega al departamento financiero para su respectivo pago.
4. Verifica y realiza cruce de cartera con entidades contratadas y las no contratadas que prestan atención de urgencias a usuarios del ESM.
5. Elabora y entregar las resoluciones con sus respectivos soportes para continuar el trámite de pago.
6. Ingresa al módulo de trazabilidad del aplicativo IRON, la facturación recibida por prestación de servicios de salud.
7. Realiza en el módulo de Costos del programa SAP, la imputación manual de costos, la facturación de actividades, cargue de valores estadísticos, ordenes CO, creación ordenes PM, calculo recargos gastos generales, liquidación orden PM, ejecución de ciclos de distribución y de subreparto y genera informes de este módulo como son: informe de partidas individuales CO, de órdenes, informe CECO Y Grupo CeBe y las transacciones adicionales que genere la DIGSA y el ESM, suministrando la información en los tiempos establecidos por los mismos.

• Obligaciones del contratista durante la ejecución del contrato

- Reportar en forma inmediata cualquier novedad o accidente de trabajo.
- Se obliga para con el ESM a NO suministrar información relativa a los servicios que suministra al ESM así como de las instalaciones de las fuerzas, militares de la República de Colombia que conozca o llegare a conocer durante el desarrollo del presente contrato, en caso de incurrir en esta conducta serán sancionados de acuerdo a las normas del código Penal Colombiano a que haya lugar.
- EL CONTRATISTA asumirá todos los costos que por concepto de elaboración de fichero para ingreso a la Unidad y estudio de seguridad se generen.
- El contratista deberá entregar cuentas de cobro original y dos copias al supervisor del contrato el último día de cada mes adjuntando los siguientes documentos: fotocopias del último recibo de pago al Sistema General de Seguridad Social: salud, pensiones y Riesgos Profesionales, los cuales son de obligatorio cumplimiento para el pago.

- Entregables y fechas estimadas

1. Mensualmente entregará al supervisor del contrato una bitácora relacionando las actividades ejecutadas durante el periodo correspondiente.

c) Otras condiciones técnicas

No aplica



Andrea Giselle Quiceno Pérez
Auxiliar contable
1.005.968.879

OFERTA ECONÓMICA

Proceso de Contratación Directa No.

Andrea Giselle Quiceno Pérez, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de persona natural de profesión liberal, manifiesto que el valor total de la propuesta es por la suma de DIECISEIS MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS M/CTE (16.209.915), el cual incluye todos los gastos e impuestos a que haya lugar.

Dicho valor obedece a los siguientes conceptos, en los cuales se relacionan todos los costos, gastos y valores que conforman el objeto contractual a realizar:

DESCRIPCIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR	TOTAL PROPUESTA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR CONTABLE PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 760018302782	\$16.209.915

(*) Al momento del pago, el Departamento Financiero realizará las retenciones a que haya lugar.

Atentamente,



Andrea Giselle Quiceno Pérez
Auxiliar contable
1.005.968.879

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ANDREA QUICENO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.005.968.879 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:


Cuentas de Ahorros No. 679202846, abierta/o desde el 5/5/2021.

Se expide en Bogotá el día 11 del mes de Mayo del año 2021



Firma Autorizada

DATOS BÁSICOS CREACIÓN BENEFICIARIO

 <p>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia</p>	<p>FORMATO Anexo No. 1</p>	<p>Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 02 Vigente a partir de: 15 OCT 2015</p>
	<p>Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta</p>	

CIUDAD Cali FECHA 09 Mayo 2021

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

<p>PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA</p> <p>Fotocopia Cédula de Ciudadanía</p> <p>Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio</p> <p>Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)</p> <hr/> <p>CONSORCIO O UNION TEMPORAL Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.</p> <p>Fotocopia Cédula de Ciudadanía</p> <p>Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio</p> <p>Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)</p> <p>Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal</p>	<p>PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA</p> <p>Fotocopia Cédula de Ciudadanía</p> <p>Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).</p> <p>Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.</p> </div>
--	--

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

II. INFORMACION BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Andrea Giselle Quiñero Perez

Tipo documento de identificación:

Cédula de Ciudadanía:	<input checked="" type="checkbox"/>	No. <u>1005 968 879</u>
Cédula de Extranjería:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Nit Persona Jurídica:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Nit Persona Natural:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Pasaporte:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Registro Civil:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Tarjeta de Identidad:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Otro Tipo Documento:	<input type="checkbox"/>	No. _____ Cuál:

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES
OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES: _____

III. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

<p>Sociedad Anónima <input type="checkbox"/></p> <p>Sociedad Colectiva <input type="checkbox"/></p> <p>Sociedad Comandita por Acciones <input type="checkbox"/></p> <p>Sociedad Comandita Simple <input type="checkbox"/></p> <p>Sociedad de Economía Mixta <input type="checkbox"/></p> <p>Sociedad de Hecho <input type="checkbox"/></p> <p>Sociedad Limitada <input type="checkbox"/></p> <p>Sociedad Suursal Extranjera <input type="checkbox"/></p> <p>Sociedad Simplificada por Acciones (SAS) <input type="checkbox"/></p>	<p>Cooperativa <input type="checkbox"/></p> <p>Empresa Unipersonal <input type="checkbox"/></p> <p>Empresa Comunitaria <input type="checkbox"/></p> <p>Empresa de Servicio <input type="checkbox"/></p> <p>Entidad Pública <input type="checkbox"/></p> <p>Empresa Solidaria de Salud <input type="checkbox"/></p> <p>Entidad sin Animo de Lucro <input type="checkbox"/></p> <p>Federación o Confederación <input type="checkbox"/></p> <p>Cooperativa de trabajo asociado <input type="checkbox"/></p>	<p>Empresa Ind. y Cial del Estado <input type="checkbox"/></p> <p>Asociaciones Mutualistas <input type="checkbox"/></p> <p>Fondos de Empleados <input type="checkbox"/></p> <p>Instituto de Economía Solidaria <input type="checkbox"/></p> <p>Precooperativa <input type="checkbox"/></p>
---	--	--

TIPO DE CAPITAL

<p>PRIVADO <input type="checkbox"/></p> <p>PUBLICO <input type="checkbox"/></p> <p>MIXTO <input type="checkbox"/></p>	<p>ENTIDAD EN PROCESO <input type="checkbox"/></p> <p>LIQUIDATORIO <input type="checkbox"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
---	---	---

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO

<p>PUBLICO <input type="checkbox"/></p> <p>PRIVADO <input type="checkbox"/></p> <p>TOTAL <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ %</p> <p>_____ %</p> <p>_____ %</p>	
---	--	--

IV. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA	<input type="checkbox"/>	IMPUESTO TIMBRE	<input type="checkbox"/>
RENTA	<input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE ICA	<input type="checkbox"/>
RETENCION EN LA FUENTE RENTA	<input type="checkbox"/>	IMAN	<input type="checkbox"/>
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA	<input type="checkbox"/>	CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	<input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE IVA	<input type="checkbox"/>
INFORMACION EXOGENA	<input type="checkbox"/>	NO CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>
REGIMEN COMUN	<input type="checkbox"/>	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
REGIMEN ORDINARIO	<input type="checkbox"/>	NO RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>
ENTIDAD DEL ESTADO	<input type="checkbox"/>	RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>
AUTORRETENEDOR	SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

V. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCION	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO CIVIL	<input checked="" type="checkbox"/>
DIRECCION PROCESAL	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO FISCAL	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO CONTRACTUAL	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>

Dirección	<u>Kra 26 C1 # 77-25</u>	Teléfono	<u>317 283 2538</u>
E-mail	<u>andrea quiceno 955@gmail.com</u>	Fax	
País	<u>Colombia</u>	Región	
Ciudad	<u>Cali</u>		
Localización	Nacional <input type="checkbox"/>	Extranjera	<input type="checkbox"/>
Página Web		Contacto	
Designación del contacto		E-mail del contacto	
Apartado Aéreo			

VI. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL	Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:		
Revisor Fiscal	<input type="checkbox"/>	Tutores y Curadores por los incapaces	<input type="checkbox"/>
Albaceas	<input type="checkbox"/>	Mandatarios o Apoderados Generales	<input type="checkbox"/>
Representante legal de Personas Jurídicas	<input type="checkbox"/>	Padres por su hijos menores	<input type="checkbox"/>
Donatorios o Asignatarios	<input type="checkbox"/>	Nombre Representante Legal:	
Otros	<input type="checkbox"/>	Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

VII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

	Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:		
Entidad Financiera	<u>Banco de Bogotá</u>	Número de Cuenta	<u>679202846</u>
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorro	<input checked="" type="checkbox"/>

Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales



NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: el único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.

I. DECLARACION JURAMENTADA

I.1. DE BIENES Y RENTAS

yo, **Andrea Giselle Quiceno Perez**IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° **1005968879** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:País **Colombia** Departamento **Valle del Cauca** Municipio **Cali**Dirección **Kra 26 C1# 77-25** Teléfonos **317 283 2538**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
José Julián Quiceno Galeano	16 361 395	Padre
Clara Ines Perez Lopez	37 955 055	Madre
Julián Andres Quiceno Perez	11 30 660 964	Hermano

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS

ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,

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

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco de Bogotá	Libre ahorro	679202846	C.C. Rio Cauca Calle 75B #20-770	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

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 acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Santiago de Cali, 08 de Mayo 2021

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Santiago de Cali,

Señores
MDN-FAC-DIGSA-EMAVI-ESM
Cali – Valle del Cauca.

Proceso de Contratación Directa No.

Yo, Andrea Giselle Quiceno Pérez, Identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de persona natural de profesión liberal, manifiesto que:

- 1 Apoyo la acción del Estado colombiano y del MINISTERIO para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
- 2 Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no estoy en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés alguno, así como ninguna otra limitación de mi capacidad jurídica para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación previamente referido.
- 3 Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, cohechos o cualquier forma de halago, retribución o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros.
- 4 Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
- 5 Me comprometo a revelar la información que sobre este Proceso de Contratación me soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
- 6 Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento el 11 de Mayo de 2021



Andrea Giselle Quiceno Pérez
Auxiliar contable
1.005.968.879

CERTIFICACIÓN DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Santiago de Cali, 11 de Mayo de 2021

Proceso de Contratación Directa No.

El(la) suscrito(a), Andrea Giselle Quiceno Pérez actuando en mi propio nombre, con la presente hago constar que para la fecha de entrega del presente documento, me encuentro al día en el pago al Sistema de Seguridad Social Integral por los últimos seis (06) meses, para lo cual **anexo** el respectivo soporte en constancia de cumplimiento a las disposiciones legales que me comprometen como proponente en el referido proceso de contratación, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo y en el párrafo 1° del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, así como en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Clase de Persona	Marcar con X según aplique
Persona jurídica	
Persona natural empleadora	
Persona natural no empleadora	X
Persona natural que nunca ha contratado con el Estado	
Persona natural que nunca ha estado afiliada al SSSI	
Persona natural con asignación de retiro	

Proponente	SI	NO
Me encuentro exento(a) de realizar los aportes al SENA y al ICBF	X	



Andrea Giselle Quiceno Pérez
Auxiliar contable
1.005.968.879

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDREA GISELLE QUICENO PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.968.879**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Mayo del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

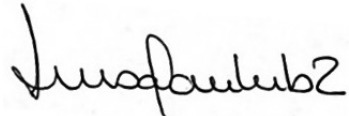
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ANDREA GISELLE QUICENO PEREZ, con Cédula Ciudadanía No. 1005968879 contratista de la empresa LUIS HERNAN DELGADO VASQUEZ, con Nit No. 94417384, tiene un registro como Independiente desde el 08/05/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2021 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101578174.

Dada en Bogotá, a los 7 días del mes de mayo de 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luisa Marina Uribe Restrepo".

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4006605625

Fecha de Radicación
1 2 0 5 2 0 2 1

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>		-Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Regimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>			5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>			Codigo (a registrar por la EPS) <input type="text" value="3"/>			

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres QUICENO Primer apellido		PEREZ Segundo apellido		ANDREA Primer nombre		GISELLE Segundo nombre	
7. Tipo documento de Identidad <input type="text" value="CC"/>		8. Número del documento de Identidad 1005968879		9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 1 2 1 0 2 0 0 1	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text" value="6"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="FNH"/> Condicion <input type="text" value="TIP"/>		13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>		14. Grupo de poblacion especial <input type="text"/>	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		17. Ingreso base de cotizacion - IBC 908526			
18. Residencia CR 26C1 77 25 BRR ALIRIO MORA Dirección		3172832538 Telefono celular		ANDREAQUICENO955@GMAIL.COM Correo electronico			
CALI Municipio/Distrito		zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad / comuna		VALLE Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
20. Tipo documento de identidad <input type="text"/>		21. Número documento identidad		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad		27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de nacimiento	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo F N M		T P	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia							
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS UAB MANZANARES - VS VERSALLES		Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) VSMANZANAR - VSVERSALLE	
B			
B			
B			

35. Nombre o razón social ANDREA GISELLE QUICENO PEREZ		36. Tipo de identificación <input type="text" value="CC"/>		37. Numero de documnto de Identificación 1005968879		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación CR 26C1 77 25 BRR ALIRIO MORA Dirección		3172832538 Teléfono		ANDREAQUICENO955@GMAIL.COM Correo electrónico		CALI Municipio/distrito	
						VALLE Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación datos básicos de identificación | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección datos básicos de identificación | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización documento de identidad | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y/o corrección datos complementarios | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código: <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS | <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad del pensionado |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	0 1 0 5 2 0 2 1

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
-------------------------	---	---

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. RC. TI. CC. PA. CE. CD. SC.
- Cantidad: Total: 0
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="checkbox"/>	Código del Departamento <input type="checkbox"/>	67. Datos del SISBEN Número ficha <input type="checkbox"/>	Puntaje <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/>	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación		Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	71. Firma del funcionario	
Tipo documento de identidad <input type="checkbox"/>	Número documento de identidad <input type="checkbox"/>					

Observaciones

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 166327357



WEB
17:32:38
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de mayo del 2021

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) ANDREA GISELLE QUICENO PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005968879:

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 GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

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

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 04 de mayo de 2021, a las 17:36:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1005968879
Código de Verificación	1005968879210504173620

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/05/2021 11:34:01 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1005968879** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **22609671** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

Información

5159000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

www.policia.gov.co

