
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:01:13
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones KELLY BERMUDEZ VILLARROYA,
KELLY BERMUDEZ VILLARROYA con el Número de documento 1118853333 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
Bermudez	Villarroga	Kelly

C.C. ☒ C.E. ○ PAS ○ — SEXO: X M — NACIONALIDAD: Colombiana — PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ — Nº — D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DIA 05 MES 01 AÑO 95
PAÍS Colombia
DEPTO La Guajira
MUNICIPIO Riohacha

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
Calle 8B # 5-27
PAÍS Colombia DEPTO Caldas
MUNICIPIO Manzanares
TELÉFONO 3185207111 EMAIL kbvillarroga@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.
										X

FECHA DE GRADO: MES Diciembre AÑO 2011

EDUCACIÓN 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 MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)
RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Semipresencial	3	X		Auxiliar de Enfermeria	Diciembre	2011	
Presencial	12	X		Medico		2018	1118853333

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLES	X				X			X	
FRANCES									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE Hospital San Antonio	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Caldas	Manzanares	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8550014	DIA 01 MES 03 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico General	Servicio de Urgencias	Cra 5a 8-66

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) O (X) 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 PUBLICA.

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

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Kelly Bermudez Villarroya

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 1118853333 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Caldas	Manzanares

Dirección Calle 8B # 5-27 Teléfonos 3185207111

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
William Rafael Bermudez Bueno	17807494	Padre
Amparo del Socorro Villarroya Petro	50868292	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [X] **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	4'000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 4'000.000-

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Ahorro	028600024260	Barranquilla	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	Calle 6 # 9-17	71.933.000
Casa	Calle 6 # 9-17	75.104.000
Casa	Calle 6 # 4-47	19.850.000

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** ☐ 1 **NO** ☒ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

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

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Kelly Bermúdez Villarroya

No. 1.118.853.333 de Riohacha

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Médico

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Decano

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATURA

El Rector

El Secretario General

UNIVERSIDAD LIBRE
SECRETARIA GENERAL

En la ciudad de Barranquilla.
25 de Enero del 2018.
Acta 7336 Folio 736 Libro 70

Oficina de Admisiones y Registro
25 de Enero del 2018
Registro 22858 Folio 4571 Libro de Registro 12

Jefe de Admisiones y Registro

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
Jefe de Admisiones y Registros

C.T. 155896

La República de Colombia
y en su nombre la

CORPORACIÓN EDUCATIVA HUMANAR

FILIAL RIOHACHA

Personería Jurídica 286 de marzo 26 de 1999
Resolución No. 049 de marzo 23 de 2001 Secretaría de Educación de la Guajira
Acuerdo No. 0396 de Noviembre 13 de 2009 Ministerio de la Protección Social

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Teniendo en cuenta que:

Kelly Bermúdez Villarroya

TI. 950105-03133 RIOHACHA

Terminó satisfactoriamente los estudios teórico-Práticos en salud, correspondientes al programa Auxiliar de Enferme
con una duración total de 1800 horas, otorga el presente certificado de Aptitud Ocupacional que lo acredita como.

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

En fé de lo cual firmamos y sellamos este certificado en Riohacha - La Guajira
A los 12 días de Diciembre de 2011

Dirección Académica

Dirección Administrativa

Coordinación de Programa

UNIVERSIDAD LIBRE

Seccional Barranquilla

Km. 7 Vía antigua Puerto Colombia
Conmutador: 3673800
Fax: 3598987

Miembros de la
Asociación Colombiana
de Universidades

Acta de Grado No. **7336**
Folio No. **736**

En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Barranquilla siendo las 3:00 pm del día 25 del mes enero del año 2018, se reunieron los Doctores ORLANDO ACUÑA GALLEGO, Rector Seccional, SALVADOR ANTONIO RADA JIMENEZ, Decano Facultad Ciencias de la Salud y CLAUDIA RODRIGUEZ MARIA SECRETARIA ACADEMICA de la misma Facultad; con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 001 del 15 de Octubre de 2014, de acuerdo con el numeral 10 del artículo 34, del Estatuto Orgánico de la Corporación Universidad Libre, del Egresado: BERMUDEZ VILLARROYA KELLY , identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1118853333 de Riohacha, quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y el Reglamento del Programa para optar al título de: **MEDICO**

Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduado (a): BERMUDEZ VILLARROYA KELLY , del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Barranquilla, a los 25 días del mes de enero del año 2018.

Rector Seccional

El Decano

El Secretario Académico

El Graduado (a)



Jornada de Residentes de Pediatría
Universidad libre - Seccional Barranquilla

UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Barranquilla

CERTIFICA QUE

KELLY BERMUDEZ VILLARROYA

Asistió a la *4ta. Jornada de Residentes de Pediatría: Un Vistazo a la Infectología Pediátrica.*
Realizado en la ciudad de Barranquilla los días 5 y 6 de junio de 2015.

Dra. Eucaris Echeverría Herrera
Decana Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Luis Sánchez Del Villar
Coordinador Especialización en Pediatría

Dra. Katerinni Redondo
Jefe de Residentes
Especialización en Pediatría

A QUIEN CORRESPONDA

Por medio de la presente **Fundación Salamandra** hace constar que **KELLY BERMUDEZ VILLARROYA** identificada con CC 1118853333 se encuentra inscrita al Diplomado uci médicos, desde el día 16 de junio hasta el 22 de septiembre del año 2018 tomando una clase cada 15 días, con un horario de 8:00 am a 6:00 pm en la ciudad de Bogotá.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá a los 3 días del mes de Julio de 2018.

Cordialmente,

Yuliana Vargas

Yuliana Andrea Vargas
Coordinadora de Servicio de Entrenamiento
Fundación Salamandra Bogotá

INCATEC

Instituto Técnico de Administración y Salud

Licencia de Funcionamiento No. 087 de Febrero 23 de 1999 Secretaría de Educación Distrital Barranquilla
Resolución No. 01886 de Julio 9 de 2009 Secretaria de Educación Distrital Barranquilla
Acuerdo No. 114 de Diciembre 23 de 2008 Ministerio de Protección Social

Hace Costar que:

Kelly Bermúdez Villarroya

asistió al:

VII Congreso Regional de la Salud

Dado En la Ciudad de Barranquilla, A los 11 Días del Mes de Septiembre de 2010

Director General

Director Académico

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE MEDICINA

En atención a que:

KELLY BERMÚDEZ VILLARROYA

Identificado(a) con N° 1118853333

Luego de cumplir con las actividades programadas con una intensidad de 12 horas, y de reunir los demás requisitos que exigen las normas universitarias, le expide el presente certificado

XI CURSO DE RADIOLOGÍA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
"Doctor Guillermo Velásquez Tangarife"

En testimonio de ello se firma en Medellín, el 22 de abril de 2016

CARLOS ALBERTO PALACIO ACOSTA
Decano
Facultad de Medicina

INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE

Resolución No. 0905 DE JULIO 27 DE 1999
Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Cesar

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

A: *Kelly Bermúdez*

C.C. 95010503133 **DE**

Quien Aprobó Satisfactoriamente el Seminario **de**

Laboratorio Clínico

Con una duración de 40 **horas**

Dado en Valledupar a los 27 **días del mes de** Noviembre **de** 2010

Director **Secretaria General**

UNIVERSIDAD LIBRE

Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Medicina

Certifica a:

KELLY BERMUDEZ VILLARROYA

Por haber participado en el seminario "TECNICAS Y METODOS PARA EL ESTUDIO DE LA CELULA" efectuado el día 7 de marzo del 2012 organizado por: Kelly Bermúdez Villarroya, Stephanie Ariza Luna, Anyela Ariza Rodríguez, María Alejandra Badran Tinoco, Lissa Becerra Orjuela

FIRMA DR. ÁLVARO NAVARRO GIRÓN

FIRMA DRA. BELINDA GÓMEZ DONADO T

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Libre Seccional Barranquilla
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Kelly Bermúdez Villarroga en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Medico
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1'118.853.333

Tarjeta profesional No: 1118 853 333

Dirección de contacto: Calle 8B # 5-27 Barrio San Antonio - Manzanares / Caldas

Teléfono: 3185207111

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO
MANZANARES – CALDAS
GERENCIA

EL SUSCRITO GERENTE
DE LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO
DE MANZANARES CALDAS

En virtud de que **KELLY BERMUDEZ VILLARROYA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1118853333, presta sus servicios para esta institución desde el primero (01) de marzo del año dos mil diez y ocho (2018) hasta a la fecha, procede a:

Certificar que:

KELLY BERMUDEZ VILLARROYA, a través de **contratos de prestación de servicios suscritos con la institución**, sin sujeción a horarios ni subordinación desarrolla actividades de apoyo a la gestión como **MEDICO GENERAL**.

La presente certificación se firma en Manzanares Caldas, a los veinte (20) días del mes de junio del año dos mil diez y ocho (2018).

GERMAN ARISTIZABAL MORENO
Gerente
Hospital San Antonio de Manzanares E.S.E

Proyectó.
Contratación ESE HSAM



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.118.853.333

BERMUDEZ VILLARROYA

APELLIDOS

KELLY

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1995

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-ENE-2013 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4800100-00753050-F-1118853333-20151005 0046723176G 1 39987339

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14478341849

(415)7707212489984(8020) 000001447834184 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 8 8 5 3 3 3 3	7	Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 1 1 8 8 5 3 3 3 3	2 0 1 3 0 1 1 0

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Riohacha 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BERMUDEZ	VILLARROYA	KELLY	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Riohacha 0 0 1

41. Dirección principal
CL 6 4 48

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
kbvillarroya@gmail.com		3 1 8 5 2 0 7 1 1 1	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 8 0 3 0 1					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código:	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 8 1 7

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 BERMUDEZ VILLARROYA KELLY
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:21/08/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 1118853333	KELLY BERMUDEZ VILLARROYA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 6 4 48 Teléfonos: 3185207111

Dirección electrónica: KBVILLARROYA@GMAIL. Ciudad: La Guajira Municipio: Riohacha

Fecha de Inscripción: 17/08/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: 20/01/2018

Fecha inicio de Actividades: NO REGISTRA Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86211 - Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

KELLY BERMUDEZ VILLARROYA

C.C o C.E 1118853333

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación
U. LIBRE

Ciudad **BARRANQUILLA**

Fecha de expedición diploma **25/01/2018**

Fecha de inscripción RETHUS **15/03/2018**



1118853333

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 18 C # 121-40 Ofc. 201
info@colegiomedicocolombiano.org

www.ideqs.com

Señor(a), BERMUDEZ VILLARROYA KELLY

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, agradece su participación en el primer proceso de asignación de plazas de servicio social obligatorio de 2018

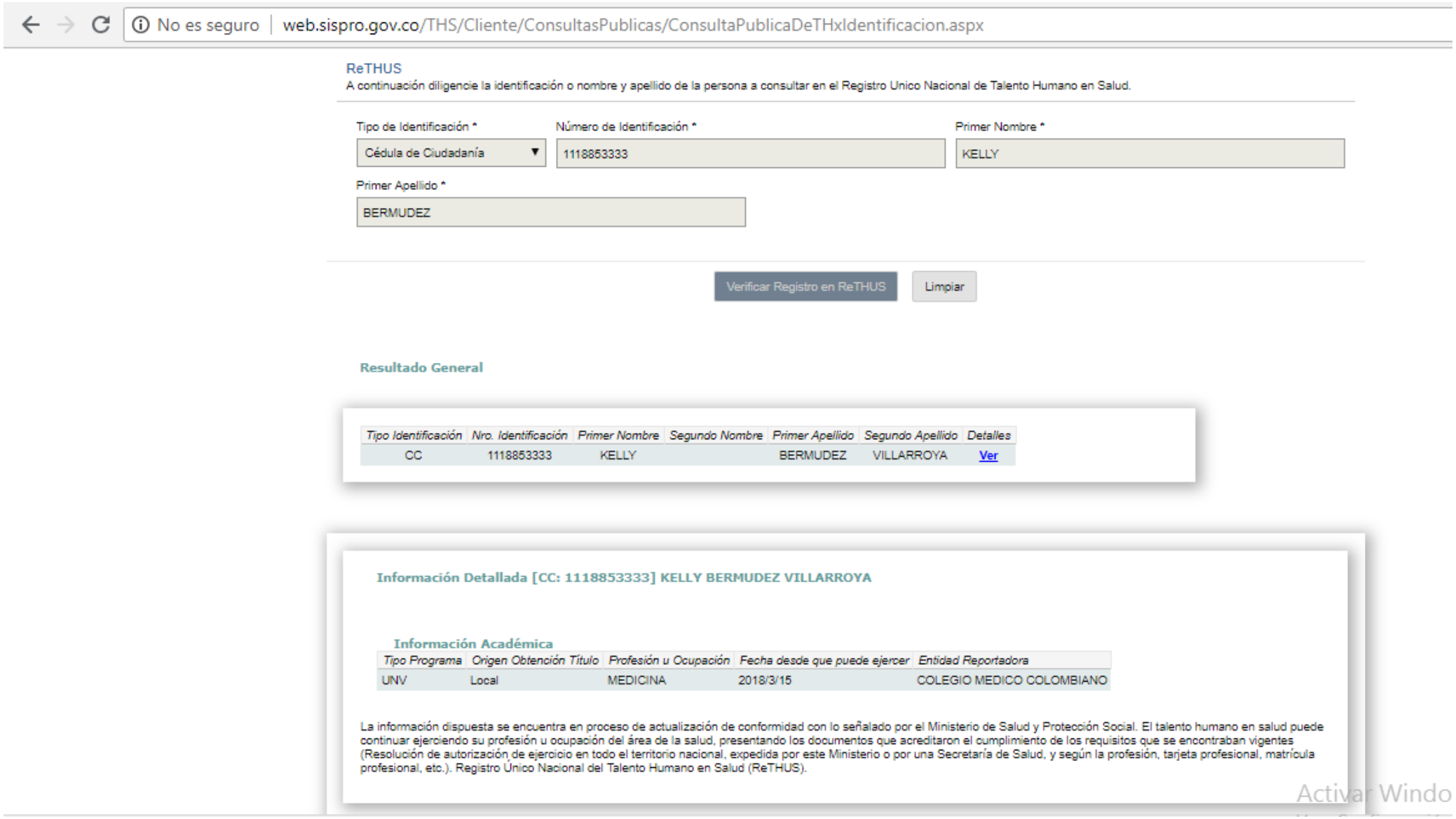
De acuerdo con el cronograma establecido, la asignación se realizó el 18 de enero de 2018, en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, en la ciudad de Bogotá D.C., en el marco de las disposiciones legales y normativas vigentes. A continuación, se presenta el resultado:

"Al profesional no le fue asignada una plaza de Servicio Social Obligatorio".

En consecuencia, se entiende que ha cumplido con las normas que regulan el Servicio Social Obligatorio y podrá tramitar su inscripción en el ReTHUS y la expedición de su tarjeta de identificación única, […] dentro del tiempo comprendido entre el proceso al cual se inscribió y el siguiente proceso de asignación" (Resolución 2358 de 2014, art. 13), ante el (la) Colegio Médico Colombiano.

La información de contacto del (de la) Colegio Médico Colombiano es la

siguiente: Sitio web: www.colegiomedicocolombiano.org
Dirección de correspondencia: Carrera 18 C No. 121 - 40 Oficina 201)
Teléfonos: (571) 4890033; (571) 2140215; (57) 3112084375
Correo electrónico: asistente@colegiomedicocolombiano.org;
info@colegiomedicocolombiano.org


No es seguro | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
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 *
1118853333
Primer Nombre *
KELLY
Primer Apellido *
BERMUDEZ
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General
Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles
CC | 1118853333 | KELLY | | BERMUDEZ | VILLARROYA | Ver
Información Detallada [CC: 1118853333] KELLY BERMUDEZ VILLARROYA
Información Académica
Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora
UNV | Local | MEDICINA | 2018/3/15 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
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).

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-006403

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **KELLY BERMUDEZ VILLARROYA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.118.853.333 de RIOHACHA, LA GUAJIRA T.P. o R.M. No. 1118853333 expedida por COLEGIO MEDICO COLOMBIANO, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Quince (15) días del mes de Agosto de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

F. Henao G.

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975
Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

INFLUENZA AGRIPPAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1	27-03-16	U3385	

VARICELLA VACCINE GC. VC	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			
	2			

TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			

M/GOCOCO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1a		41	GLOBAL FARMA
	2a		41	GLOBAL FARMA
FIEBRE AMARILLA	1a		50	GLOBAL FARMA

FIEBRE T. FOIDEA	DOSIS	FECHA DE VACUNACIÓN	LOTE Nº	FIRMA
	1			

HEPATITIS B HEPAVAX-GENE®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1a			GLOBAL FARMA
	2a			GLOBAL FARMA
	3a	28-03-16		

TÉTANOS DIFTERIA (Dif-Tet-All)®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1a		60	GLOBAL FARMA
			40	GLOBAL FARMA
	3ra	28-03-16	D-22-77	

HEPATITIS A	DOSIS	FECHA DE VACUNACIÓN	LOTE Nº	FIRMA
Dosis Única	1a	27-03-16	K026 58	
	2a			

NEUMOCOCO	DOSIS	FECHA DE VACUNACIÓN	LOTE Nº	FIRMA
	1	27-03-16	Neum 594	
OTRAS				

BOOSTRIX	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			

VPH	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1a			
	2a			
	3a			

POLIO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			

ANTI-LEPTOSPIROSIS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1a			
	2a			
OTROS	3a			

CENTRO DE VACUNACION
GLOBAL FARMA S.A.S.
NIT. 900.386.596-9

Nombre	Kelly
Apellidos	Bermudez V
Identidad	
Concecutivo	13179

Calle 57 No. 46-65 Local 3 Ed. Balcones de Castilla
(al lado del Centro Inca) Tel.: 3601552 * Cel.: 301 7023835
300 4124700 - 311 6632477 * E-mail: jmglobalfarma@gmail.com

HISTORIA CLÍNICA

FECHA : 17/08/18.				
EXAMEN MEDICO	INGRESO X	PERIODICO	RETIRO	ESPECIAL

I. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre Completo	Kelly Bermudez Villarro Yg.						D.I. 1118853333	
Lugar De Nacimiento	Pto Inirida.		Edad 23			Fecha De Nacimiento 05/01/95.		
Sexo: M X F	Estado Civil: Soltero		Casado	Viudo	Unión Libre	Divorciado	Otro	
Nº De Hijos 0	Dirección San Antonio					Teléfono		
Escolaridad : Completo	Incompleto	Profesión Mediana.						

II. INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Cargo actual ó a desempeñar Médica.			Antigüedad			
Equipos que Maneja Equipo Médico.						
Matéria prima e insumos utilizados Material Médico						
Turno			Posición para la actividad			
Diurno X	Nocturno X	Rotatorio X	De Pie X	Sentado X	Deambulando X	

RIESGOS

Físicos	Químicos	Ergonómicos	Psicosociales	Biológicos	Mecánicos
Ruido	Polvos X	Trabajo Estático	Estrés	Virus X	Mecánicos En Movimiento
Iluminación	Humos X	Esfuerzo Físico	No- Autonomía	Parásitos X	Proyección De Partículas
Temperaturas	Gases X	Cargas	Tiempo Extra X	Hongos X	Herramientas Manuales
Radiación	Vapores X	Posturas Forzadas	Aislamiento X	Bacterias X	Equipos A Presión
	Líquidos X		Repetitividad X		
Tiempo De Exposición Al Riesgo			Elementos De Protección Utilizados		

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Ocupación	Tiempo	Riesgos					
			Fis	Qui	Bio	Mec	Erg	Psi

IV. ACCIDENTES DE TRABAJO

¿HA TENIDO EN ALGUNA EMPRESA ACCIDENTES DE TRABAJO? SI___ NO X

Fecha	Empresa	Causa	Tipo De Lesión	Parte Afectada	Días Incapacidad	Secuelas

V. ENFERMEDAD PROFESIONAL

¿LE HA SIDO DIAGNOSTICADA ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL? SI__ NO X

Enfermedad	Fecha De Diagnostico	Estado Actual

VI. ENFERMEDAD ACTUAL

Asintomatica.

VII. ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos	Niega
Hospitalarios	Niega
Quirúrgicos	Niega
Traumáticos	Niega
Medicamentos	Niega.
Tóxicos	Niega.
Alérgicos	Niega.
E.T.S.	Niega
Psicológicos	Niega.
Hábitos	Tabaquismo Alcohol Frecuencia Deportes

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarca	Ciclo	Grávida	Partos	Abortos	Mortinatos	F.U.M	F.U.P.
12.5.	4.	0	0	0	0		
Dismenorrea	Trastornos Del Ciclo			Planificación.		Citología	

VIII. ANTECEDENTES FAMILIARES

Diabetes	Infarto	Hta	Cáncer
Epilepsia	A.C.V.	Otros	

IX. REVISIÓN POR SISTEMAS

Niego. Sintomas Resp. C.U.C. Neurológicos

X. EXAMEN FÍSICO

Talla	Imc	Zurdo	Frecuencia Cardiaca	Estado General
173.			70	B.C.G.
Peso	Tem	Diet	Frecuencia Respiratoria	Presión Arterial
93	37	X	19	120/80

CABEZA CUELLO

Ojos P. I. N. R.	Oídos otoscopia Bilateral Normal
Nariz Permeable. Mucosa rosada	Boca. SANA.
Oro faringe SANA.	Cuello centro móvil sin adenopatías.

TÓRAX

Conformación Simetrico.	Mamas Normales.
Ventilación Pulmonar. M.V Limpio.	Ruidos Cardiacos Ritmicos Sin soplo.

ABDOMEN

Contenido Blando Depresible no Doloroso no Masas no Megalias.	Hernias (-)

GENITO – URINARIO

Genitales Normales.	Región Inguinal

OSTEO MUSCULAR

Miembro Superior Móvil. Sin edemas.	Miembro Inferior Móvil. Sin edemas.
Columna centrada Movil.	

NEUROLÓGICO

Conciencia Consciente	Sensibilidad Presente
Motilidad Movil	Reflejos Presentes

PIEL Y ANEXOS

SANO.

XI. HALLAZGOS PARACLINICOS

Optometría 20/20	Audiometría
Laboratorio	

XII. DIAGNOSTICO

SANA

XIII. RECOMENDACIONES

XIV. CONCEPTO DE APTITUD

APTO	APTO LIMITADO	NO APTO
X		

Gabriel Marulanda
Médico Cirujano R.M. 167
Abogado T.P. 137902

MEDICO _____ TRABAJADOR _____

Salamandra®
Organización Internacional en Gestión del Conocimiento

Otorga la presente

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

del entrenamiento
"BASIC LIFE SUPPORT"
(Soporte Básico de Vida)
"ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT"
(Soporte Vital Cardiovascular Avanzado)

A

Kelly Bermudez Villarroya

Con Cédula de Ciudadanía 1118853333

Realizado en Barranquilla los días 19 y 20 de enero de 2018
a través de la Fundación Salamandra.

Entrenamiento que sigue los lineamientos establecidos por la ***American Heart Association.***

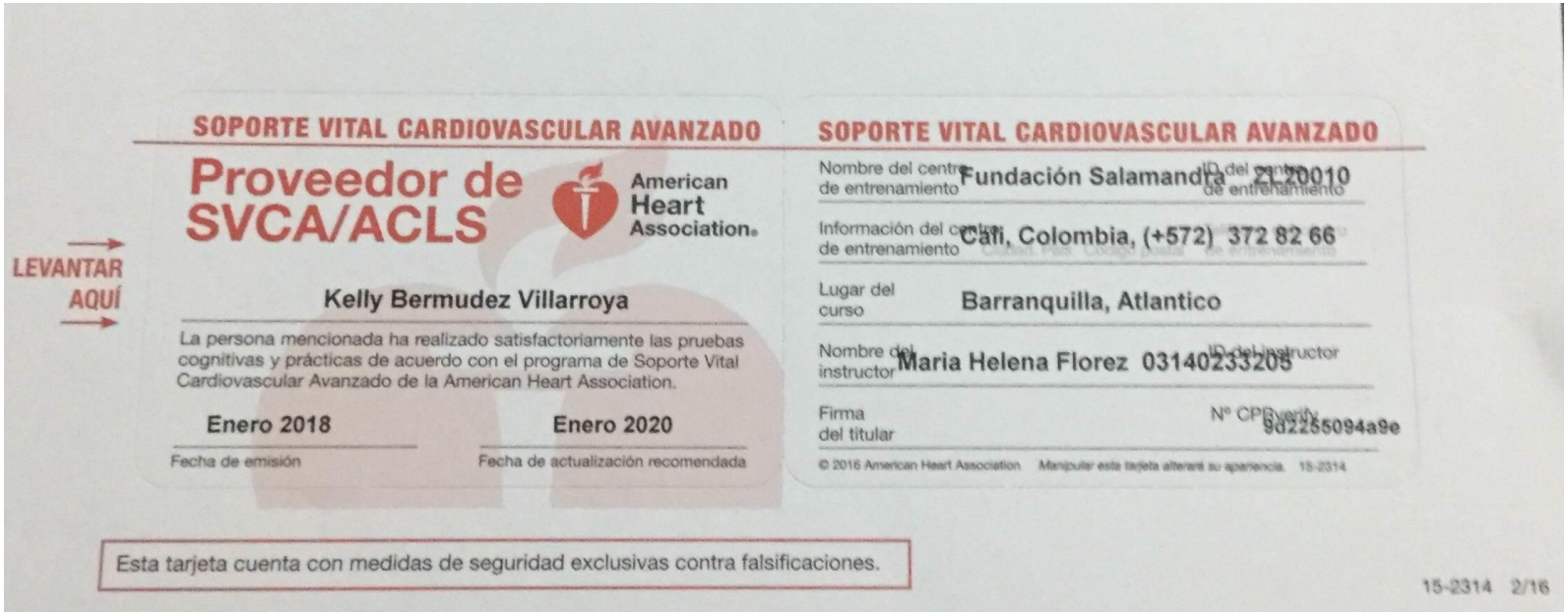
Acredita 24 horas de Educación Continua.

La presente constancia tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición.

Constancia registrada con el No. C-BLA42420181006

Dr. Laureano Quintero Barrera
Director Científico

American Heart Association *Learn and Live* | AUTHORIZED TRAINING CENTER



SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Proveedor de SVCA/ACLS

American Heart Association.

LEVANTAR AQUÍ

Kelly Bermudez Villarroya

La persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

Enero 2018
Fecha de emisión

Enero 2020
Fecha de actualización recomendada

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Nombre del centro de entrenamiento: Fundación Salamandra

ID del centro de entrenamiento: ZL20010

Información del centro de entrenamiento: Cali, Colombia, (+572) 372 82 66

Lugar del curso: Barranquilla, Atlantico

Nombre del instructor: Maria Helena Florez

ID del instructor: 03140233205

Firma del titular

Nº CPR verify: 9d2255094a9e

© 2016 American Heart Association. Manipular esta tarjeta alterará su apariencia. 15-2314

Esta tarjeta cuenta con medidas de seguridad exclusivas contra falsificaciones.

15-2314 2/16

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	22/08/18	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Bogota DC

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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		
Bermúdez	Villarroga	Kelly			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1118853333	Riohacha - La Guajira	2013/01/10
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
05/ene/1995	Riohacha - La Guajira	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	0	0	3185207111

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:	Medico

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 62 # 37-16	Bogota	Bogota DC	Colombia	3185207111

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
kbvillarroga@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐				
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐	NO ☒ ☐	NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	8621	Medico
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	# NIT
				900459051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diagonal 34 # 5-43	32828228	Bogota	Bogota DC	Colombia

CARGO ACTUAL	Medico General	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		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	4'000.000	ARRIENDOS	1'700.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	2'000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	4'000.000	**TOTAL EGRESOS**	3'700.000	**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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Marenco	Hernandez	Andres	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Calle 65 # 44-90 Casa 1	Barranquilla / Atlantico	Amistad	3002357913

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Davivienda	Cuenta de Ahorro	028600024260	Gran Centro / Barranquilla	3580742

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO X

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ 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.):

Medico General

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 destinaran a actividades licitas.
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 mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
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 regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 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 utilizacion no requeriria 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon 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 prestacón 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 prestacion 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion 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 haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
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, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion 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 autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice 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) KELLY BERMUDEZ VILLARROYA identificado(a) con CC 1118853333 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/04/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE MANZANARES**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 15 días del mes de agosto del año 2018 .

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

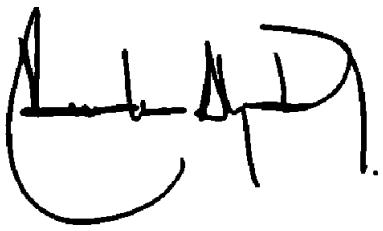
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **KELLY BERMUDEZ VILLARROYA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,118,853,333**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Agosto de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1118853333	Colmena
Numero de Documento	ARL

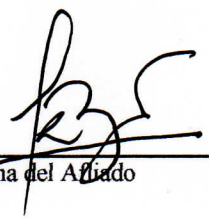
Kelly		Bermúdez	Villarroga
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

05/01/1995	Riohacha	Calle 8B # 5-27	7282472
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Nueva EPS	Porvenir	$ 5'000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Medico General	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Kbvillarroya@gmail.com	3185207111
Correo Electrónico	Celular



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES | SEDE ELECTRÓNICA | PROCESOS MISIONALES | RELATORÍA PGN

Buscar

INICIO | LA PROCURADURÍA | SEDES | PROCURADURÍA CIUDADANA | NORMATIVIDAD | PROTECCIÓN DERECHOS | CONTRATACIÓN | PLANEACIÓN/CONTROL | SALA DE PRENSA | CARRERA Y CONCURSOS

Inicio / Certificado de Antecedentes / Consulta de antecedentes /

Certificado de Antecedentes

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía

Número Identificación: 1118853333

¿ Cuanto es 3 X 5? 15

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) KELLY BERMUDEZ VILLARROYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1118853333.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, agosto 16, 2018 - Hora de consulta: 12:38:32

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aquí para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 miércoles 15 de agosto de 2018, a las 12:44:46, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	1118853333
Código de Verificación	1118853333180815124446

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2388191

Bogotá D.C., 15 de Agosto de 2018 - 12:11 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL CIENTO DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES**

1118853333

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.



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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_1AIFB_1012
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:56:45 horas del 15/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1118853333**
Apellidos y Nombres: **BERMUDEZ VILLARROYA KELLY**

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.

Volver al Inicio

Activar Windows

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MANZANARES, **15/08/2018**
CALDAS,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KELLY BERMUDEZ VILLARROYA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1118853333**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550028600024260**
Fecha de apertura	**12/09/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA