REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.033.794.457

QUIMBAYO QUIMBAY
APELLIDOS

ALEJANDRA
NOMBRES

Alejandra Quimbayo Quimbay
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

14-ENE-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00946752-F-1033794457-20171013 0058145987G 1 9901785469

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Quimbayo	Quimbay	Alejandra.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.033.794.457

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 29 MES 10 AÑO 1.996

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

kra 19a #68c 27sur

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá d.c

TELÉFONO: 3176740859 EMAIL: alejaquimbay@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2013

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		Auxiliar de Enfermeria	02	2016	3690.

ESPECÍFIQUE 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	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred sur	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota d.c	contactenos@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7300000	DÍA 13 MES 09 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria.	Gestion del Riesgo.	Kr 20 47 35 sur.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C 17 de octubre / 2018

Alejandra Quimbaya Quimbay.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO 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, Alejandra Quimbayo Quimbay

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 1.033794.457 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia | Departamento Cundinamarca | Municipio Bogota D.C

Dirección kr 19 a #68c 27sur | Teléfonos 3176740859 - 3203580548 - 715653

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Julian Esteban Cano Quimbayo	1.023.410.451	Hijo
Clara Ines Quimbay Valencia	41.584.732	madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] ,QUE 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	1'550.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 1'550.000 -

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
DAVIVIENDA	AHORROS	007100760243	Iserra 100	0.0

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 ☐ 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

Alejandra Quimbayo Quimbay
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá D.C 17 octubre/2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

Escuela para Auxiliares de Enfermería "San Rafael"

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

"EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO"

Aprobación Ministerio de Educación Nacional Resolución No. 9085 de septiembre 1 de 1977, Aprobación Ministerio de Salud Resolución No. 00930 de enero 23 de 1986, Autorización Oficial Secretaria de Educación según Resolución No. 2122, febrero 24 de 1997 y la No. 7979 de noviembre 18 de 1997 Acuerdo 150 del 11 de mayo de 2009 del Ministerio de Protección Social, Resolución No. 04 - 0221 de diciembre 16 de 2009 Renovación y Registro de Programas Secretaria de Educación.

Confiere a:

Alejandra Quimbayo Quimbay

Identificado (a) con C.C. No. 1.033.794.457 de Bogotá D.C.

Certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber culminado satisfatoriamente el programa

Intensidad 1.800 horas

ESCUELA PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA "SAN RAFAEL" ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS NIT.: No. 860018014-7

DIRECTORA

SECRETARIA

Libro: 2 Folio: 71 Acta: 74

Dado en Bogotá, D.C. el 12 de Febrero de 2016

La Escuela Para Auxiliares de enfermería "San Rafael" Aprobación Ministerio de Educación Nacional Resolución No. 9085 de Septiembre 1 de 1977, Aprobación Ministerio de Salud Resolución No. 00930 de Enero 23 de 1986, Autorización Oficial Secretaria de Educación según Resolución No. 2122, Febrero 24 de 1997 y No. 7979 de Noviembre 18 de 1997.Acuerdo 150 del 11 de Mayo de 2009 del Ministerio de Protección Social, Resolución No. 04-0221 de Diciembre 16 de 2009 Renovación y Registro de Programa Secretaria de Educación. Resolución 02579 de Mayo 19 de 2014 Registro programa Técnico Laboral del SENA.

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá el día 12 de Febrero de 2016, se reunieron la Directora y el Consejo Académico, con el fin de formalizar la entrega de los certificados de **APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA,** a los estudiantes de la Promoción 74 por haber culminado satisfactoriamente el programa, que inició el 02 de Julio de 2014 y culmino el 12 de Febrero de 2016; conferido a: **QUIMBAYO QUIMBAY ALEJANDRA,** identificado (a) con C.C. No. **1.033.794.457** de Bogotá D.C.

En constancia, se entrega acta de certificación en Bogotá D.C., a los Doce (12) días del mes de Febrero de Dos Mil Dieciséis (2016).

ESCUELA PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA "SAN RAFAEL" ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS NIT. No. 860019014-7

OLGA JEANET CESPEDES CASTILLO
Directora

ANYELI AGUDELO
Secretaria

La República de Colombia,
la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Y en su nombre, el

Colegio INEM Santiago Pérez

Institución Educativa Distrital

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 3190 de Abril de 1984
y Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Según Resolución No. 2388 de Agosto de 2002

Confiere a:

Alejandra Quimbayo Quimbay

Identificada con NIP. 96102922171 Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad Salud Ocupacional

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

Liney Constanza Rojas Paranchique
Rectora

Gilma Cecilia Moreno Moreno
Secretaria

Anotado al folio No. 037 Libro de Registro No. 6

Dado en Bogotá, D.C. A 06 días de Diciembre de 2013

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N

Colegio INEM Santiago Pérez
Institución Educativa Distrital
Carrera 24 No. 49-86 Sur
Bogotá D.C.

Institución aprobada en el nivel de Educación Media
por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
Según Resolución No. 2388 del 14 de Agosto de 2002

ICFES: 026682
DANE: 111001019411
NIT: 8300174428

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Bogotá D.C., A los 6 días del mes de Diciembre del año 2013, se reunieron en la Rectoría del Colegio, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaría Académica.

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

BACHILLER TÉCNICO

Especialidad Salud Ocupacional

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación

Quimbayo Quimbay Alejandra

Identificada con NIP. 96102922171 Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General 056 de fecha 6 de Diciembre de 2013

En Bogotá D.C., A los 6 días del mes de Diciembre de 2013

Firmada y sellada

LINEY CONSTANZA ROJAS PACANCHIQUE
C.C. 51.849.162 de Bogotá
(Rectora)

GILMA CECILIA MORENO MORENO
C.C. No. 20.659.557 de Gutiérrez, Cund.
(Secretaria Académica)

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY

Con Cedula de Ciudadania No. 1.033.794.457

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los siete (7) días del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018)

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

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

52035174 - 07/05/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001667117CC1033794457C.

Ministerio de Salud y Protección Social

Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

Alejandra Quimbayo

Participó en el curso

Detección Temprana del Cáncer

Realizado el 26 de abril de 2018 con una intensidad de 8 horas presenciales en calidad de

ASISTENTE

Como constancia se firma en la ciudad Bogotá D.C., a los 26 días de abril de 2018
La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno

CAROLINA WIESNER

DRA. CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología ESE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **3690** *de* **30/03/2016**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) QUIMBAYO QUIMBAY ALEJANDRA Identificado(a) con CC número 1033794457 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA PARA AUXIL. DE ENFERMERIA "SAN RAFAEL" el día 12/02/2016.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a QUIMBAYO QUIMBAY ALEJANDRA identificado(a) con CC número 1033794457 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **30/03/2016**

Isabel Cristina Artunduaga P.
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)
ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 26/01/17
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Alejandra Quimbayo Quimbay
CC. # 1033794457
Firma Alejandra Quimbayo Quimbay

Reviso : Daniel Ortiz B.
Elaboro : Víctor Sánchez

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 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14427720949

(415)7707212489984(8020) 000001442772094 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1033794457	1	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	1033794457	20150114

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUIMBAYO	QUIMBAY	ALEJANDRA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 59 65 31 BRR MADELENA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
aleja_96.q@hotmail.com		3203580548	7156533

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2
8692	20170822	8299	20170822		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 20170822

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:

Alejandra Quimbayo Quimbay

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

984. Nombre: TOCANCHON PEÑA MARTHA CECILIA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 22-08-2017 11:50:58AM

CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 22-08-2017
Hora: 11:58:36 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1033794457-1 ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY

Información

Dirección CR 59 65 31 BRR AMADELENA

Teléfonos 3203580548-7156533

Dirección aleja_96.q@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 22/08/2017

Soporte Inscripción 23312992

Fecha Inicio Actividades 22/08/2017

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY
Tipo de Documento:	CC **Documento** 1033794457
Sexo F **F. Nacimiento:**	29/10/1996 **Edad:** 20 Años
Entidad:	SUBRED INTEGRADA - CONTRATISTA **Cargo:** VISITANTE DE VIVIENDA
Centro de Costo:	N/A
Fecha de Atencion:	2017-08-17
Fecha y Hora entrega resultados:	17/08/2017 11.50 AM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

OTRAS: PAUSAS ACTIVAS Y DE RELAJACIÓN. HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JULIE PAULINE ZAPATA RM: SO1010

Dra. Julie Pauline Zapata V.
Medicina S.O.
Universidad del Rosario
Reg. SO1010

Firma y sello del Médico Evaluador

Alejandra Quimbayo Q.
ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY
C.C 1033794457
Firma del trabajador Evaluado

Dra. Vilma Niño C.

Optómetra U de la Salle
F. U. del Área Andina
Régimen simplificado
Actividad económica 5239 fecha 30/04/99

VISIOMETRIA
OPTOMETRÍA

Nombre ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY
Edad 21 años CC 1033794457.

Agudeza Visual Habitual de lejos **CON GAFAS**
Ojo Derecho. 20/20 Ojo Izquierdo 20/20
Cerca ojo derecho 050m ojo izquierdo 050m

Estado Motor visión lejana ORTO visión cerca ORTO
Reflejos pupilares normales fotomotor y consensual
Test del color ISHIJARA 14/14 c/d ojo
Esteriopsis CC 40 seg
NO tiene ninguna enfermedad ocular contagiosa

DIAGNOSTICO MIOPIA

SI DEBE USAR GAFAS **PERMANENTES**

FIRMA

Dra. Vilma L. Niño Carrillo
OPTOMETRA U. LA SALLE
RM. CUNO 184

Calle 53 Sur No. 18B-18 (UNIDAD MEDICA SAN CARLOS) 2798024 - Celular: 3005681900 - Email: vilmaopt@hotmail.com

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY

c.c. 1.033.794.457

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 09 días del mes de Junio de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY identificado(a) con cedula ciudadania 1.033.794.457 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170913	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A SOLICITUD DEL USUARIO

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: LAURA TATIANA SUAREZ
10148081

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefonica - 444 1234
www.compensar.com

ARL | sura

Medellín, 16 de octubre de 2018

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

CERTIFICA:

Que ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033794457 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 14/09/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

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

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10337944571828962184

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 16/10/2018 5.16 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,033,794,457**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Octubre de 2018.

Gerente de Clientes

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACION DE TITULOS

Yo, ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY identificada con cédula No. 1.033.794.457 de Bogotá, mediante el presente documento, de manera libre y espontánea y cumpliendo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, autorizo a la SUBRED SUR, para que dentro del proceso de admisión y/o actualización de datos e información académica, se consulte información sobre los estudios realizados como TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA en ESCUELA PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA SAN RAFAEL y los demás títulos académicos que he obtenido.

En constancia firmo la presente en Bogotá a los 17 días del mes de Octubre del año 2018

ALEJANDRA QUIMBAYO QUIMBAY

C.C 1.033.794.457 Bogotá.