

12/18/2018



Ver

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 0:28:26  
TERESA VELASQUEZ...



Buscar...

Id de página:: 14005862 Ayuda ?

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

|                               |
|-------------------------------|
| Mis datos de usuario          |
| Noticias SECOP                |
| Mis registros                 |
| Accesos del usuario           |
| Términos y condiciones de uso |

### Información del usuario

Género  
Cargo  
Título  
Nombre completo  
Nombre y apellido TERESA VELASQUEZ MARTIN  
Código del empleado  
Tipo de documento  
Número de documento  
Fecha de emisión  
Expedido por  
Fecha de expiración  
Dirección  
Código postal  
Estado  
Municipio  
País COLOMBIA  
Correo electrónico tervelasquez65@gmail.com  
Teléfono  
Celular 3153264323  
Número de fax



### Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito  
Idioma Español (Colombia)  
Configuración regional Spanish (Colombia)

### Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono?  
Respuesta 7588296  
Celular 3153264323

Editar



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAP**  
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>VELASQUEZ                                                                                                           | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>MARTIN                           | NOMBRES<br>TERESA                                                                                                                                       |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 51789890 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                   |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO 0 D.M. 0                             |                                                                    |                                                                                                                                                         |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 22 MES MAR AÑO 1965<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CRA 41 4B03<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7588296<br>EMAIL tervelasquez65@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

### EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

| EDUCACIÓN BÁSICA |    |    |    |    |            |    |    |       |     |     | TÍTULO         | BACHILLER ACADEMICO |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|-------|-----|-----|----------------|---------------------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    | MEDIA |     |     | FECHA DE GRADO |                     |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9°    | 10° | 11° | MES            | DICIEMBRE           |
|                  |    |    |    |    |            |    |    |       |     |     | AÑO            | 1985                |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).  
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO      | TERMINACIÓN MES AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------------|-----------------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| ES                  | 2                       | X              | ESPECIALISTA EN REHABILITACION CARDIOPULMONAR | 3 2015              |                            |
| TC                  | 2                       | X              | TECNOLOGA EN TERAPIA RESPIRATORIA             | 3 2014              | 51789890                   |
| UN                  | 8                       | X              | TERAPEUTA RESPIRATORIA                        | 3 1995              | 51789890                   |

### DOMINIO DE IDIOMAS

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

| IDIOMA | LO HABLA |   |    | LO LEE |   |    | LO ESCRIBE |   |    |
|--------|----------|---|----|--------|---|----|------------|---|----|
|        | R        | B | MB | R      | B | MB | R          | B | MB |
| Ingles | X        |   |    | X      |   |    | X          |   |    |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAP**

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO                                                          |                                          |                                                                    |                                |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred integrada de servicios de salud centro oriente | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                            | PAÍS<br>Colombia               |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>teescucho@sudredcentrooriente.gov.co |                                |
| TELÉFONOS<br>3282828                                                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 9 AÑO 2010 |                                                                    | FECHA DE RETIRO<br>DÍA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO<br>terapeuta respiratoria                                 | DEPENDENCIA<br>cuidado intensivo         | DIRECCIÓN<br>carrera 15 No. 1 59 sur                               |                                |

| EMPLEO O CONTRATO                          |                                           |                                                           |                                          |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA FUNDADORES    | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                              | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>clinifundadores@hotmail.com |                                          |
| TELÉFONOS<br>3689729                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 30 MES 3 AÑO 2010 |                                                           | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 23 MES 6 AÑO 2017 |
| CARGO O CONTRATO<br>TERAPEUTA RESPIRATORIA | DEPENDENCIA<br>CUIDADO INTENSIVO          | DIRECCIÓN<br>CRA 15 N 1 59                                |                                          |

| EMPLEO O CONTRATO                          |                                           |                                                     |                                          |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL LA VICTORIA  | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                             | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>Hlvictori@hotmail.com |                                          |
| TELÉFONOS<br>2091480                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 10 MES 3 AÑO 2009 |                                                     | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 3 AÑO 2010 |
| CARGO O CONTRATO<br>terapeuta respiratoria | DEPENDENCIA<br>cuidado intensivo          | DIRECCIÓN<br>Diagonal 39No. 3 20                    |                                          |

4

## TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------|-----------------------|-------|
|           | AÑOS                  | MESES |
| PUBLICO   | 8                     | 3     |
| PRIVADO   | 7                     | 2     |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAP**

SISTEMA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

4

## TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN  | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|------------|-----------------------|-------|
|            | AÑOS                  | MESES |
| PARTICULAR | 0                     | 0     |
| TOTAL      | 9                     | 9     |

5

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Dic 14/2018  
  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

## OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, TERESA VELASQUEZ MARTIN

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 51789890 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRA 41 4B03

Teléfonos 3153264323 7588296

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS          | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|------------------------------|------------------------|------------|
| CECILIA MARTIN DE VELASQUEZ  | 20342893               | MADRE      |
| CATALINA HERNANDEZ VELASQUEZ | 1034661347             | HIJO(A)    |
| CECILIA MARTIN DE VELASQUEZ  | 20342893               | MADRE      |
| CATALINA HERNANDEZ VELASQUEZ | 1034661347             | HIJO(A)    |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

| CONCEPTO                            | VALOR            |
|-------------------------------------|------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$ 33.600.000,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00          |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00          |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00          |
| HONORARIOS                          | \$ 0,00          |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 33.600.000,00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| BANCO DAVIVIENDA   | AHORROS        | 0570006970399645    | UNILAGO           | \$ 300.000,00      |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR            |
|--------------|-------------------------|------------------|
| VEHICULO     | URX 454                 | \$ 45.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|-------------------|----------|-------|



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

ENTIDAD RECEPTORA  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Centro Oriente E.S.E.  
**SIDEAP**  
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA  
Última Actualización: 14-dic-2018

|                |                      |                  |
|----------------|----------------------|------------------|
| MOVISTAR       | TELEFONIA MOVIL      | \$ 98.000,00     |
| BBVA           | CREDITO              | \$ 18.000.000,00 |
| BANCO BOGOTA   | TARGETA DE CREDITO   | \$ 700.000,00    |
| CECILIA MARTIN | ARRIENDO Y SERVICIOS | \$ 400.000,00    |

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

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

| 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:

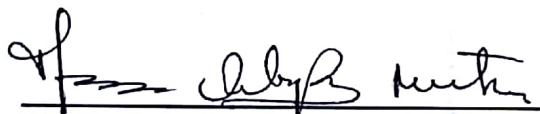
| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO                                                                   | NÚMERO DOCUMENTO |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                     | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> |                  |

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

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
y en su nombre

EL COLEGIO HERMANAS MISIONERAS  
DE LA CONSOLATA

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución  
No. 2246 DEL 13 DE AGOSTO DE 1968

CONFIERE A

**Teresa Velásquez Martín**

Identificado con S.C. No. 57.789.890 de BOGOTÁ D.E.

el título de

**BACHILLER ACADEMICO**

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

*Ins. Gemmalia Carrero*  
Rector

*Sebastián Robayo B.*  
Secretario

Dado en BOGOTÁ D.E. a 23 de NOVIEMBRE de 1986

Anotado al folio 14. ✓ Libro de Registro No. 87

Secretario de Educación

Nº 240968

En Bogotá a 1 de Enero de 1987



República de Colombia

# LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No. 99915 del 9 de diciembre de 1983

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,  
teniendo en cuenta que:

**Teresa Velásquez Martín**

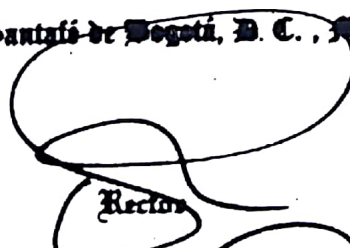
C.C. 51.789.890 de Bogotá, D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por los Reglamentos y la Ley, le Confiere el Título de:

**Terapeuta Respiratorio**

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita.

Santafé de Bogotá, D. C., Marzo 31 de 1995.

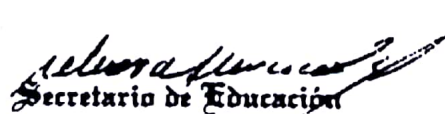
  
Rector

  
Secretario General



Director del Programa



  
Secretario de Educación

Anotado al Folio 17-V

Libro de Registro No. 95

Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá, D.C.

Fecha 24 Abril 1995



# UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCION No 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004  
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO  
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES  
ESTATUTARIAS, CONFIERE A

*Teresa Velásquez Martín*

*C.C. 51.789.899 de Bogotá D.C.*

EL TÍTULO DE

*Especialista En Rehabilitación Cardiopulmonar*

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES.

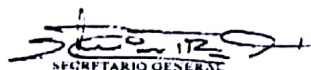
EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE FIRMA Y SELLO EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C

A LOS 16 DIAS DEL MES MARZO DE 2014

  
RECTOR

  
DIRECTOR REGISTROS CONTROL  
ACADEMICO

  
SECRETARIO GENERAL

  
DIRECTOR DE PROGRAMA

Libro de Registro No 11  
Acta de Grado No 29  
Folio No 11  
Registro Profesional No 02379

0303C



El Suscrito Secretario General de la FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA: Que en el Libro de Actas de la Fundación, a folios 127-129 \_\_\_\_\_, se encuentra la siguiente Acta de Grado: ACTA DE GRADO No. 064 \_\_\_\_\_. En BOGOTA, D.C. a los TREINTA Y UN \_\_\_\_\_ (31) días del mes de MARZO \_\_\_\_\_ de mil novecientos NOVENTA

Y CINCO ( 1995 ) siendo las 2:30 \_\_\_\_\_ de la TARDE \_\_\_\_\_

convocados por Resolución No. 034 \_\_\_\_\_ se reunieron en EL AUDITORIO DE LAS HERMANAS BETHLEMITAS \_\_\_\_\_, el Rector, Doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO el DIRECTOR DEL PROGRAMA DE TERAPIA RESPIRATORIA PROFESIONAL Doctor JOSE CARDONA ARIAS \_\_\_\_\_; el Secretario General de la Fundación, Doctor. EDGAR

DAVID CEDEÑO LIGARRETO \_\_\_\_\_ para presidir y rubricar el (los) grado (s) de TERAPEUTA \_\_\_\_\_ RESPIRATORIO al (los) señor (es) ...TERESA VELASQUEZ MARTIN.....

..... identificado (s) con la (s) cédula (s) de ciudadanía No. (s) 51.789.890 BOGOTA, D.E.....

..... quien (es) cursó (cursaron) y aprobó (aprobaron) todas las materias comprendidas en el pensum y presentó (presentaron)

#### PRACTICAS HOSPITALARIAS .....

cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa de TERAPIA RESPIRATORIA PROFESIONAL \_\_\_\_\_ y habiéndose hecho (todos ellos) merecedor (es) a recibir el título mencionado, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según ACUERDO DE CONSEJO SUPERIOR \_\_\_\_\_ No. 053 de MAY. de 1993. Una vez leídos los documentos correspondientes, el Señor Rector tomó el juramento de rigor a (los) graduando (s) que (en) (as) prometió (prometieron) cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de TERAPEUTA RESPIRATORIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con las más exigencias que este documento coincide con su original que ha sido presentado y moralizado.

Prevía entrega de los Diplomas, el Doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO \_\_\_\_\_ presentó su saludo en nombre de la Fundación. Agotado el Orden del Día, la Sesión se dió por terminada. se firmó el Acta por quienes en esta ceremonia intervinieron.

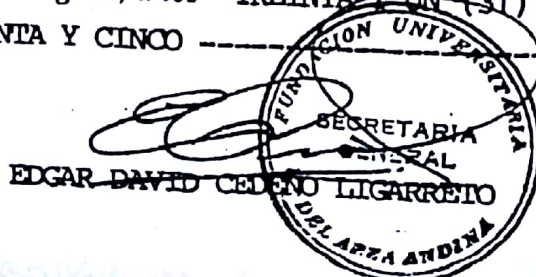
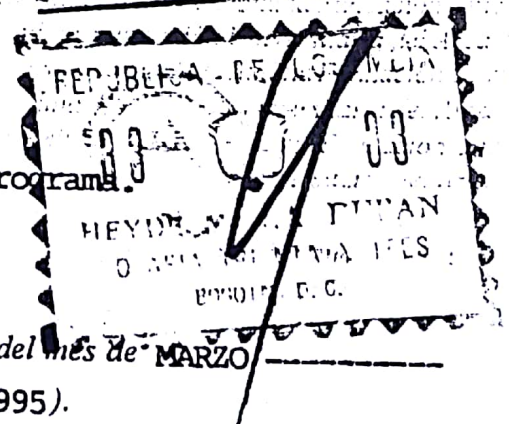
(Fdo.) PABLO OLIVEROS MARMOLEJO \_\_\_\_\_, Rector.

JOSE D. CARDONA ARIAS \_\_\_\_\_, Director del Programa.

(Fdo.) EDGAR DAVID CEDEÑO LIGARRETO \_\_\_\_\_, Secretario General.

Es fiel copia tomada de su original, a los TREINTA Y UN (31) días del mes de MARZO de mil novecientos NOVENTA Y CINCO \_\_\_\_\_ (1995).

Secretario General





# UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004  
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 287 LIBRO No. 15 FOLIO No. 179

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO  
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y  
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

*Teresa Velásquez Martín*

C.C. No. 51.789.890 de Bogotá D.C.

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS  
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,  
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

*Especialista En Rehabilitación Cardiopulmonar*

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB  
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ  
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN  
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DEL LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO  
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.  
ESTÉ EL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 16 DÍAS DEL MES MARZO DE 2015

*[Firma]*  
DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL  
ACADEMICO

*[Firma]*  
SECRETARIO GENERAL

*[Firma]*  
DIRECTOR DE PROGRAMAS

No. 030



# EL CONVENIO QUINTA BRIGADA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA



## Certifica que:

**Velásquez Martín Teresa**

Cursó y aprobó los requisitos académicos del Curso Básico en DERECHOS HUMANOS  
Y DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO, con duración de un trimestre  
(120 Horas Cátedra).

Bucaramanga, 30 de Julio de 2003

DR. GABRIEL BURGOS MANTILLA  
RECTOR UNAB

DR. ALFONSO GOMEZ GOMEZ  
DIRECTOR CENTRO ESTUDIOS LATINOAMERICANOS UNAB

BG JAIRO DUIVAN PINEDA NIÑO  
COMANDANTE QUINTA BRIGADA



HOSPITAL SANTA CLARA

# IV CONGRESO Terapia Respiratoria

"Cómo abordar el paciente crítico"

CERTIFICA

**TERESA VELAZQUEZ**  
C.C.51789890

Asistió al IV Congreso Terapia Respiratoria  
"Como abordar al paciente crítico"  
realizado en la ciudad de Bogotá D.C. el día 25 de  
Marzo del 2014.



Dr. Hugo Armando Méndez Arce  
Gerente Hospital Santa Clara



Dra. María Esneda Rocha Gaona  
Directora Terapia Respiratoria



Dr. Guillermo Ortiz Ruiz  
Director Cuidado Intensivo



**BOGOTÁ**  
HUGO ANA

# CONGRESO

## Terapia Respiratoria

"Enfoque terapéutico en cuidado crítico"



**HOSPITAL SANTA CLARA**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO III NIVEL

### CERTIFICA

TERESA VELASQUEZ  
C.C. 51.789.890

Asistió al V Congreso Terapia Respiratoria  
"Enfoque Terapéutico en Cuidado Crítico "  
realizado en Bogotá D.C., el 17 de marzo de 2015.

Dr. Hugo Armando Méndez Arévalo  
Gerente Hospital Santa Clara

Dra. María Esneda Rocha Gaona  
Directora Terapia Respiratoria

Dra. Olga Yumary Rámirez  
Subdirectora Científica

**BOGOTÁ**  
HUC/ANA





Fundación **INSIMED**  
Instituto de Simulación Médica



# La Fundación INSIMED y el Hospital Santa Clara

**CERTIFICAN QUE:  
TERESA VELASQUEZ**

Ha participado en el curso:  
**TERAPIA RESPIRATORIA EN EL PACIENTE  
CON HIPOPERFUSION TISULAR**

Celebrado en La Fundación INSIMED el 20 de Marzo de 2013, con una intensidad de 8 horas.  
Bogotá, D.C. Colombia

HUGO ARMANDO MÉNDEZ AREVALO  
GERENTE

Dr. Guillermo Ortiz  
Director Ejecutivo Fundación INSIMED

María Esneda Rocha Gaona  
Directora Terapia Respiratoria



**Hospira**



# UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

RESOLUCIÓN No. 4974 DE DICIEMBRE DE 2004 DE MINEDUCACIÓN

## PROGRAMA DE TERAPIA RESPIRATORIA

CERTIFICA QUE:

**TERESA VELASQUEZ MARTIN**

Participó en Calidad de Asistente en la:

***“Jornada de Actualización en Cuidado Cardiorrespiratorio  
en el Paciente Crítico”***

Realizada el día 16 de mayo de 2008, con una intensidad de 8 horas

  
**Liliana Chaves Palacios**  
Directora Programa Terapia Respiratoria

  
**Zulma Zoraya Zubieta**  
Decana Facultad Salud

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - UNIVERSIDAD MANUELA BELTRA  
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, TERESA VELASQUEZ MARTIN 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:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 51789890

Tarjeta profesional No: 51789890

Dirección de contacto: CRA 41 A B 403

Teléfono: 315 3264323 - 7588296

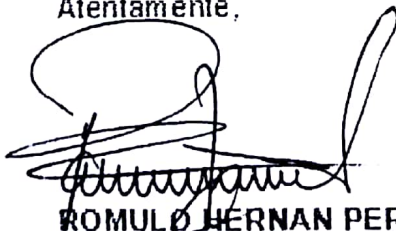
EL SUSCRITO GERENTE DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO  
ASOCIADO DE LA SALUD "COOPSANAR" NIT: 808.001.954-7

**CERTIFICA**

Que el (la) señor (a) **TERESA VELASQUEZ MARTIN** identificado (a) con  
cédula de ciudadanía 51.789.890, estuvo vinculado(a) como Trabajador (a)  
Asociado (a) de la Cooperativa desde el **01 DE JULIO DE 2004 HASTA EL 10  
DE JUNIO DE 2009**, desempeñando el cargo de **TERAPEUTA  
RESPIRATORIO EN LA CLINICA FUNDADORES, DE LA EMPRESA  
CLIENTE MEDICOS ASOCIADOS.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a), el día **25 DE  
FEBRERO DE 2010**

Atentamente,



**ROMULO HERNAN PERDOMO RODRIGUEZ**  
Gerente

**COOPSANAR**  
NIT. 808.001.954-7  
Romulo Hernan Perdomo  
GERENTE



***EL SUSCRITO GERENTE DE LA COOPERATIVA  
INTEGRAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD  
"SOLIDARIOS CTA."***

***C E R T I F I C A:***

*Que el (la) señor (a) TERESA VELASQUEZ MARTIN, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 51.789.890 de Bogotá, fue trabajador (a) asociado (a) de la Cooperativa, en el Hospital La Victoria, desempeñándose como TERAPEUTA RESPIRATORIA, en la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos, desde el 10 de marzo de 2009 hasta el 14 de Febrero de 2010.*

*Se expide en Bogotá D.C., a los veinticuatro (24) días del mes de Febrero de 2010.*

*Atentamente,*

***DR. GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ***

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA QUE:

Una vez verificados los registros correspondientes al señor(a) **TERESA VELASQUEZ MARTIN**, identificado con cedula de ciudadanía No. **51789890** me permito certificar que el (a) mencionado (a) señor (a) fue Asociado (a) en **AGM SALUD C.T.A.** desde el **28 de Marzo de 2011** hasta el **19 de Junio de 2017**, donde realizó contribución de Trabajo como **TERAPEUTA RESPIRATORIO DIA SEMI**, en la sede **DIRECCION JURIDICA - AGM**. Su convenio de asociación y trabajo autogestionario, estuvieron regulados por la ley 79 de 1998, el decreto 4588 de 2006, ley 1233 de 2008, el estatuto, los regímenes de Trabajo Asociado y compensaciones aprobados por el Ministerio de Protección Social.

La asociación fue por tiempo indefinido; sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regímenes de la cooperativa.

Cualquier información adicional con gusto será atendida.

La presente se genera electrónicamente desde la página web [www.agmsalud.com](http://www.agmsalud.com) por el asociado a los (22) días del mes de Noviembre de 2017.

Para confirmar certificaciones y referencias favor llamar al (1)7 42 42 32 Ext. 118 - 133.

Solidariamente,



**ELKIN E. MONTOYA PERALTA**  
Representante Legal  
**AGM SALUD CTA**  
Asociados del Gremio Médico  
[gerente@agmsalud.com](mailto:gerente@agmsalud.com)  
Firmado electrónicamente

**Bogotá**  
AV. Calle 34 No. 21-15  
Teléfono:(1) 7424232  
Fax: (1) 7433241

[www.agmsalud.com](http://www.agmsalud.com)

**Girardot**  
Cra 7 A No. 20A-11 Apto. 202  
Teléfono:(1) 8889591

**Barrancabermeja**  
Carrera 25 No 50A-13  
Fax: (7) 6110809

**Villavicencio**  
Calle 36 No 35-70 Of:202  
Teléfono:(8) 6610276

e-mail:  
[agmsaludcta@hotmail.com](mailto:agmsaludcta@hotmail.com)

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

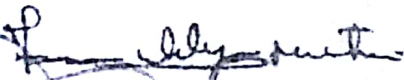
NUMERO **51.789.890**

**VELASQUEZ MARTIN**

APELLIDOS

**TERESA**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAR-1965**

**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

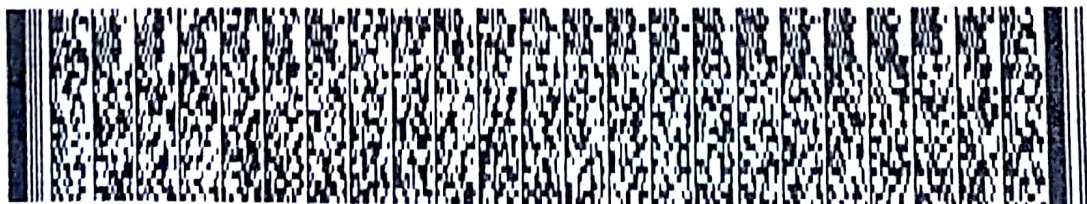
**1.65**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**12-DIC-1983 BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00155269-F-0051789890-20090427

0011072658A 1

28783169

|  <b>DIAN</b><br>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales                                                                                                                                                                    |                                                | Formulario del Registro Único Tributario<br>Hoja Principal |                                                |  <b>MUSCA</b><br>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado              |     | <b>001</b>                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------|--|
| 2. Concepto <b>1 3</b> Actualización de oficio<br>Espacio reservado para la DIAN<br>                                                                                                                                           |                                                |                                                            |                                                | 4. Número de formulario<br>14298508095<br><br>(415)7707212489984(8020) 000001429850809 5 |     |                                                    |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT):<br>5 1 7 8 9 8 9 0 - 0                                                                                                                                                                                                                                            |                                                | 6. DV<br>0                                                 |                                                | 12. Dirección seccional<br>Impuestos de Bogotá                                                                                                                             |     | 14. Buzón electrónico<br><b>3 2</b>                |  |
| <b>IDENTIFICACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| 24. Tipo de contribuyente:<br>Persona natural o sucesión ilíquida <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                | 25. Tipo de documento:<br>Cédula de ciudadanía <b>1 3</b>  |                                                | 26. Número de Identificación:<br>5 1 7 8 9 8 9 0 5                                                                                                                         |     | 27. Fecha expedición:<br>1 9 8 3 1 2 1 2           |  |
| Lugar de expedición<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                | 28. País:<br><b>1 6 9</b>                                  |                                                | 29. Departamento:<br>Bogotá D.C.                                                                                                                                           |     | 30. Ciudad/Municipio:<br>Bogotá, D.C. <b>0 0 1</b> |  |
| 31. Primer apellido<br>VELASQUEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                | 32. Segundo apellido<br>MARTIN                             |                                                | 33. Primer nombre<br>TERESA                                                                                                                                                |     | 34. Otros nombres                                  |  |
| 35. Razón social:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| 36. Nombre comercial:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| 37. Sigla:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| <b>UBICACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| 38. País:<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                | 39. Departamento:<br>Bogotá D.C. <b>1 6 9</b>              |                                                | 40. Ciudad/Municipio:<br>Bogotá, D.C. <b>1 1</b>                                                                                                                           |     | <b>0 0 1</b>                                       |  |
| 41. Dirección principal<br>TV 40 BIS 5 07                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| 42. Correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                | 43. Código postal                                          |                                                | 44. Teléfono 1:                                                                                                                                                            |     | 45. Teléfono 2:                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                                                            |                                                | 3 6 0 0 4 1 9                                                                                                                                                              |     | 3 1 5 3 2 6 4 3 2 3                                |  |
| <b>CLASIFICACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| <b>Actividad económica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                                            |                                                | <b>Ocupación</b>                                                                                                                                                           |     |                                                    |  |
| <b>Actividad principal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                | <b>Actividad secundaria</b>                                |                                                | <b>Otras actividades</b>                                                                                                                                                   |     | <b>52. Número establecimientos</b>                 |  |
| 46. Código:<br>8 6 9 2                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 47. Fecha inicio actividad:<br>1 9 9 5 0 3 2 7 | 48. Código:<br>7 3 1 0                                     | 49. Fecha inicio actividad:<br>2 0 0 8 6 6 1 3 | 50. Código:                                                                                                                                                                | 1 2 | 51. Código<br>2 2 2 3                              |  |
| <b>Responsabilidades, Calidades y Atributos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| 53. Código: 1 2 5                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| <b>12-Ventas régimen simplificado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| <b>Obligados aduaneros</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                                            |                                                | <b>Exportadores</b>                                                                                                                                                        |     |                                                    |  |
| 54. Código:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                            |                                                | 55. Forma 56. Tipo                                                                                                                                                         |     |                                                    |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                            |                                                | Servicio 1 2 3                                                                                                                                                             |     |                                                    |  |
| 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                            |                                                | 57. Modo                                                                                                                                                                   |     |                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                                                            |                                                | 58. CPC                                                                                                                                                                    |     |                                                    |  |
| <b>IMPORTANTE:</b> 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                                                                                                        |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| <b>Para uso exclusivo de la DIAN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                            |                                                |                                                                                                                                                                            |     |                                                    |  |
| 59. Anexos: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                | 60. No. de Folios: <input type="checkbox"/> 0              |                                                | 61. Fecha: 2 0 1 4 0 7 0 9                                                                                                                                                 |     |                                                    |  |
| 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.<br>Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013<br>Firma del solicitante: |                                                |                                                            |                                                | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.<br>Firma autorizada:<br><br>984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA<br>985. Cargo: Gestor II                       |     |                                                    |  |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 16-11-2017  
Hora: 10:41:02 AM  
Página 1 de 1

**CONTRIBUYENTE**    NIT    51789890-0    TERESA VELASQUEZ MARTIN

**Información General**

*Dirección*    CR 41 4B 03  
  
*Teléfonos*    3153264323  
*Dirección electrónica*    teresa\_velasquez@yahoo.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción*    19/08/2016  
*Soporte Inscripción*    16579097  
*Fecha Inicio Actividades*    27/03/1995  
*Fecha Cese Actividades*  
*Fecha de Informe del Cese*  
*# Establecimientos:*    0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Jurídica*    PERSONA NATURAL  
*Régimen Tributario*    REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17002383086





## **Resolución No 3671 de 12/04/2002**

### **Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá**

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

#### **EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

#### **CONSIDERANDO**

Que el(la) señor(a) VELASQUEZ MARTIN TERESA Identificado(a) con CC número 51789890 expedida en SANTA FE DE BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TÍTULO de TERAPEUTA RESPIRATORIA (O) otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 31/03/1995 y registrado en el libro 95 Folio 17V año 1995

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 VELASQUEZ MARTIN TERESA identificado(a) con CC número 51789890 expedida en SANTA FE DE BOGOTÁ D.C. para ejercer la profesión de TERAPEUTA RESPIRATORIA (O) en el Territorio Nacional.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**ARTICULO TERCERO:** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

**NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE**

Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 12/04/2002

**JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO**

Director de Desarrollo de Servicios

YRS

Bogotá, D.C. 12/04/2002  
A la fecha notifiqué personalmente al  
señor (a) Teresa del'asquez,  
CC. # 51789890 pta.  
Res # 3671 fecha: 12/04/2002  
Firma Teresa del'asquez



## ReTHUS

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

Tipo de Identificación \*

Número de Identificación \*

Cédula de Ciudadanía ▼

51789890

Primer Nombre \*

teresa

Primer Apellido \*

velasquez

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

**Resultado General -2018-11-27→10:21:17 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|---------------------|
| CC                  | 51789890            | TERESA        |                | VELASQUEZ       | MARTIN           | <a href="#">Ver</a> |

**Información Detallada [CC: 51789890] TERESA VELASQUEZ MARTIN****2018-11-27→10:21:17 PM****Información Académica**

| Tipo Programa | Origen | Obtención | Título | Profesión u Ocupación | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora               |
|---------------|--------|-----------|--------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| UNV           |        | Local     |        | Terapia respiratoria  | 2002/4/12                     | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

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

# Certificado de Vacunación

Institución: Hospital Santa Clara  
Nombre: Tereza Velazquez Martin  
Identificación: 51784890 Tel: 3282828

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No.  | Firma Vacunador |
|--------|-------|------------------|-----------|-----------------|
| HB     | 1     | 25-06-13         | 03411002B | Comby           |
|        |       |                  |           |                 |
|        |       |                  |           |                 |

cortesia sanofi pasteur





**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD NORTE E.S.E.  
LABORATORIO CLINICO**



**8238552**

Orden No: **8238552**  
Paciente: **VELASQUEZ MARTIN TERESA**  
Documento Id: **CC 51789890**  
E.P.S: **HOS-USAQUEN**  
Sede: **ORQUIDEA**  
Servicio: **CONSULTA EXTERNA.**

Fecha de ingreso: **23-Aug-2018 2:19 pm**  
Fecha de impresion: **01/10/2018**  
Edad: **53 Años 5 meses 1 días** Sexo **F**  
Telefono: **3153264323**  
Cama:  
Procedencia:

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|--------|-----------|----------|-----------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|

**INFECCIOSAS**

**Hepatitis b, anticuerpos s [anti-hbs]**

ANEXO

mIU/mL

VALORES DE REFERENCIA:

NO REACTIVO: Menor a 10 mIU/mL

REACTIVO: Mayor o Igual a 10 mIU/mL

Firma Responsable

Fecha validación

9/17/2018 11:20:00AM

OMAIRA SAMUDIO P  
RP 52219705  
BACTERIOLOGIA  
LAB C.VIM

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

### DATOS GENERALES

Apellidos y nombres: TERESA VELASQUEZ MARTIN

Tipo y número de identificación: CC 51789880 Edad (años): 52 años

Razón social de la empresa que lo contrató o contratará: REMED MEDICAL SERVICES SAS Razón social de la empresa en la que labora, laborará o laboró: REMED MEDICAL SERVICES SAS

Nombre centro de trabajo sede de trabajo: Tipo de examen médico ocupacional: Examen ocupacional de ingreso

Cargo: FISIOTERAPEUTA

### EXÁMEN DE INGRESO - POST INCAPACIDAD - PERIÓDICO - REINTEGRO - CAMBIO DE OCUPACIÓN

- » CONCEPTO DE APTITUD: Apto sin restricciones para el cargo
- » REQUISITOS DE SALUD (CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA)

|                      |           |                                   |           |
|----------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|
| Trabajo en alturas:  | No aplica | Manipulación alimentos:           | No aplica |
| Trabajos especiales: | Si        | Conductor:                        | No aplica |
| Brigadista:          | No aplica | Cumple con el anterior requisito: | No aplica |

Este concepto se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

Examen Médico con Énfasis Si  
Osteomuscular:

### RECOMENDACIONES

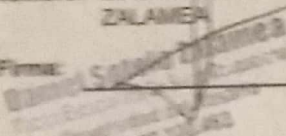
Se recomienda valoración por EPS:

Se entrega formato de remisión a la EPS:

Otras recomendaciones:

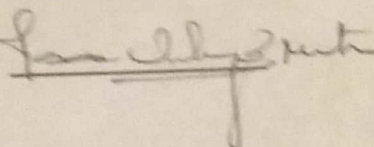
DIETA BALANCEADA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 DIAS A LA SEMANA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA HORA X 2 MINUTOS, HIGIEN POSTURAL, CONTROL MEDICO ANUAL CON PARACLINICOS

#### » MÉDICO

Nombre: LUIS DANIEL SOTELO ZALAMEA  
Firma:   
Licencia salud ocupacional: 119137-13  
Registro médico: 119137-13

#### » TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre: TERESA VELASQUEZ MARTIN

Firma: 

Subred Integrada de Servicios de Salud

**Centro Oriente E.S.E.**

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

**CERTIFICA QUE:**

**TERESA VELASQUEZ M**

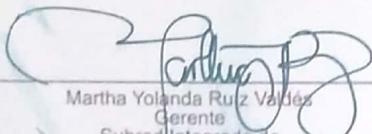
C.C.: 51789890

**Asistió a la capacitación en:**

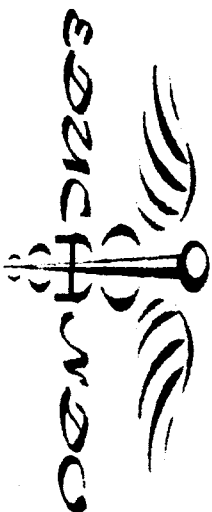
**Atención Integral en Salud  
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

  
Martha Yolanda Ruiz Valdés  
Gerente  
Subred Integrada de  
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

  
José Alfredo Morales Díaz  
Profesional Especializado Talento Humano  
Subred Integrada de  
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



LIFE SUPPORT VITAL 900832159-7

CERTIFICA QUE:

**TERESA VELASQUEZ MARTÍN**

C.C. 51789890

**ASISTIO Y APROBO a satisfacción el curso Teórico Práctico de SOPORTE VITAL AVANZADO Y BÁSICO. Con una intensidad de 48 Horas, conforme a lo estipulado en la Resolución 2003 de 2014, y las Guías AHA 2015, y 2017 para ADVANCE CARDIOLOGY LIFE SUPPORT.**

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 2888/07, Min Educación, Resolución 2003/14 Min. Protección Este certificado tiene una validez de 2 Años a partir de la fecha de expedición, según la ley Colombiana, y se expide en Tunja el 3 de diciembre de 2018.

Si requiere verificación escribanos [avellafrench@yahoo.es](mailto:avellafrench@yahoo.es)



**JUAN PABLO AVELLA FRENCH**  
GERENTE EDUCANDO LIFE SUPPORT

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

FECHA: 12-14-18 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA  
Distiguido Cliente. Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas 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                |
| VELASQUEZ                                                                                                                                                                                       | MARTIN                              | TERESA                                                                            |                               |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                          | No IDENTIFICACION                   | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                               | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
| CC <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>                                                                | 51789890                            | BOGOTA                                                                            | 1983/12/12                    |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                |                                     | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                               |
| FECHA NACIMIENTO:                                                                                                                                                                               | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO                                                                   | NACIONALIDAD:                 |
| 03/22/65                                                                                                                                                                                        | BOGOTA                              | COLOMBIA                                                                          | COLOMBIANA                    |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                    | PERSONA A CARGO                     | NUMERO DE HIJOS                                                                   | TELEFONO CELULAR              |
| SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> | 1                                   | 1                                                                                 | 3153264323                    |

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNICO ☐ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: ESPECIALISTA EN REHABILITACION CARDIO RITMO

|                                                  |                          |                                                                                                                 |                  |                     |
|--------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|
| DIRECCION RESIDENCIA:                            | CIUDAD RESIDENCIA        | DEPARTAMENTO:                                                                                                   | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
| CRA 41 413 403                                   | BOGOTA                   | CUNDINAMARCA                                                                                                    | COLOMBIA         | 7588296             |
| CORREO ELECTRONICO:                              | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA                                                                                                |                  |                     |
| tervelasquez65@gmail.com                         |                          | PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input checked="" type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> |                  |                     |
| 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. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> |                       |                                                                                   |                                    |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: <input type="text"/>                             |                       | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD: <input type="text"/> |

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

|                                                                                                                                  |                                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                          |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| ASALARIADO <input checked="" type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> | ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/> | HOJAR <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> | PENSIONADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/> OTRA: <input type="text"/> | CUAL: TERAPEUTA RESPIRATORIA                                             |
| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:                                                                                              | DECLARA RENTA                                                                                                               | IVA                                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                  | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA                                         |
|                                                                                                                                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                          | ICA                                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                  | 8692                                                                     |
| GRAN CONTRIBUYENTE                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                          | AGENTE RETENEDOR                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                       | PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> SECUNDARIA: <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                             | AGENTE AUTORETENEDOR                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                       |                                                                          |

|                                                                    |                                                         |                                                              |                                               |                                                                        |                                     |                                    |                                       |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| FUNCIONARIO PÚBLICO                                                |                                                         | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS                                 |                                               | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |                                     |                                    |                                       |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE</b> |                                               |                                                                        |                                     |                                    |                                       |
| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA                     |                                                         | GOBIERNO <input type="checkbox"/>                            | SERVICIOS <input checked="" type="checkbox"/> | INDUSTRIA <input type="checkbox"/>                                     | # NIT                               |                                    |                                       |
| EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>                             | AGRICOLA <input type="checkbox"/>                       | ENERGETICA <input type="checkbox"/>                          | FINANCIERA <input type="checkbox"/>           | TRANSPORTE <input type="checkbox"/>                                    | TECNOLOGIA <input type="checkbox"/> | ALIMENTOS <input type="checkbox"/> | MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> |
| OTRA <input type="checkbox"/>                                      | CUAL: <input checked="" type="checkbox"/>               |                                                              |                                               |                                                                        |                                     |                                    |                                       |
| DIRECCION DE LA EMPRESA                                            |                                                         | TELÉFONO                                                     |                                               | CIUDAD/MUNICIPIO                                                       |                                     | DEPARTAMENTO                       | PAIS                                  |
| DIAG 34 # 3-45                                                     |                                                         | 3 44 44 84                                                   |                                               | BOGOTÁ                                                                 |                                     | CUNDINAMARCA                       | COLOMBIA                              |
| CARGO ACTUAL                                                       |                                                         |                                                              |                                               |                                                                        |                                     | 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         | 1'800.000 | AHORROS                   |            | SALDO HIPOTECA            |            |
| HONORARIOS                 | 2'800.000 | ARRIENDOS                 |           | INVERSIONES               |            | TARJETAS DE CREDITO       | 12'000.000 |
| ARRIENDOS                  |           | CUOTA VEHICULO            |           | VEHICULOS                 | 38'000.000 | DEUDAS VEHICULOS          | 10'000.000 |
| COMISIONES                 |           | CUOTA VIVIENDA            | 300.000   | PROPIEDADES               |            | DEUDAS TERCEROS           |            |
| OTROS INGRESOS*            |           | OTROS EGRESOS*            | 200.000   | OTROS ACTIVOS*            |            | OTROS PASIVOS*            |            |
| TOTAL INGRESOS             | 2'800.000 | TOTAL EGRESOS             | 2'300.000 | TOTAL ACTIVOS             | 38'000.000 | TOTAL PASIVOS             | 22'000.000 |
| DESCRIPCION OTROS INGRESOS |           | DESCRIPCION OTROS EGRESOS |           | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS |            | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |            |
|                            |           |                           |           |                           |            |                           |            |

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

|                   |                              |               |                                       |
|-------------------|------------------------------|---------------|---------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO   | SEGUNDO APELLIDO             | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                        |
| DEA2              | DE CASTAÑEDA                 | AURA          | CECILIA                               |
| DIRECCION         | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS     | TIPO RELACION | TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR |
| CRA 37 # 9-63 SUR | BOGOTÁ/CUNDINAMARCA/COLOMBIA | AMIGA         | 315                                   |

7. REFERENCIA FINANCIERA

|                |                  |        |          |          |
|----------------|------------------|--------|----------|----------|
| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELÉFONO |
|                |                  |        |          |          |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORT ☐ EXPORT ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐

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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

TERAPEUTA RESPIRATORIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

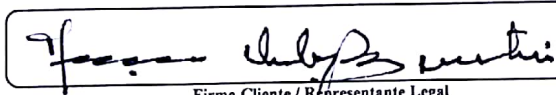
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail sarlaft@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y 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.subredcentroorientegov.co](http://www.subredcentroorientegov.co)) en el Link " POLÍTICA 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 Índice Derecho

#### X. INFORMACION DE ENTREVISTA

|                                     |                                   |                                    |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| 1. Fecha                            |                                   | 2. Ciudad                          |  |
| 3. Nombre del funcionario o Asesor: |                                   |                                    |  |
| 4. Lugar de la Entrevista:          |                                   |                                    |  |
| 5. Observaciones:                   |                                   |                                    |  |
| 6. Resultado de la Entrevista:      | ACEPTADO <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> |  |
| 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:                   |           |  |

Scanned by CamScanner



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR EPS  
NIT 860.066.942-7**

**HACE CONSTAR**

Que el(la) señor(a) TERESA VELASQUEZ MARTIN identificado(a) con cedula ciudadania 51.789.890, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro  |
|------------------|---------------|
| 20170301         | No Registrada |

**Beneficiarios:**

| Nombre Beneficiario          | Paren. | Identificación | Tipo de Identificación | Fecha de Afiliación | Fecha de Retiro | Estado Afiliación | Semanas Cotizadas |
|------------------------------|--------|----------------|------------------------|---------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| CATALINA HERNANDEZ VELASQUEZ | HI     | 1034661347     | TI                     | 20070605            | 0               | Activo            | 615               |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Octubre de 2.018

**Observaciones:**

**Con destino a:**  
TRAMITE PERSONAL

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: AURA MARIA ROJAS  
10263864

CER-AFI





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

**CERTIFICA QUE:**

**El(la) Señor(a) TERESA VELASQUEZ MARTIN, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 51,789,890, se encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Noviembre de 2018.

---

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51789890

Numero de Documento

POSITIVA

ARL

TERESA

Primer Nombre

Segundo Nombre

VELASQUEZ

Primer Apellido

MARTIN

Segundo Apellido

22/03/1965

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CRA 414B-103

Dirección de Residencia

7588296

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

PORVENIR

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

TERAPEUTA RESPIRATORIA

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

tervelasquez65@gmail.com

Correo Electrónico

3153264323

Celular



Firma del Afiliado

MAARIA ESNEDA ROCHA GAONA

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

41920114



**POSITIVA  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A  
NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que TERESA VELASQUEZ MARTIN, con Cédula de Ciudadanía No. 51.789.890, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 22/08/2018 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 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.

Esta certificación se expide a los 27 días del mes de Noviembre de 2018.

Cordialmente

Hugo Ernesto Huiza  
Gerencia de Afiliación y Novedades.



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 118472336**



WEB

21:57:03

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de noviembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) TERESA VELASQUEZ MARTIN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51789890:

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 CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

### CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 27 de noviembre de 2018, a las 21:49:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | CC                   |
| No. Identificación     | 51789890             |
| Código de Verificación | 51789890181127214906 |

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

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

  
**SORAYA VARGAS PULIDO**  
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 27 de Noviembre de 2018 - 22:02 pm

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

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **TERESA VELASQUEZ MARIN**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA** de BOGOTÁ D.C.

**51789890**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

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

**ADVERTENCIAS:**

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

**ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web [www.personeriabogota.gov.co](http://www.personeriabogota.gov.co). Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

**Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - [www.personeriabogota.gov.co](http://www.personeriabogota.gov.co)**

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11\_YXXYU\_0222**

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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:42:49 horas del 27/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 51789890

Apellidos y Nombres: **VELASQUEZ MARTIN TERESA**

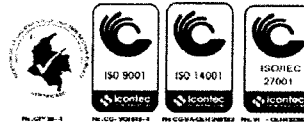
#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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



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



Presidencia de la  
República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único de  
Contratación



Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,  
DISTRITO  
CAPITAL,  
COLOMBIA,  
SUBRED CENTRO ORIENTE**

**27/11/2018**

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **TERESA VELASQUEZ MARTIN** con **Cédula de Ciudadanía** número **51789890**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Número            | <b>0570006970399645</b> |
| Fecha de apertura | <b>23/10/2003</b>       |

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**