Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=23000629&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|Success

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 23:32:03
Angely Yeribeth C...

Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾ Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página: 1400882 Ayuda

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

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Femenino
Cargo	FISIOTERAPEUTA
Título	Sra.
Nombre completo	Angely Yeribeth
Nombre y apellido	Angely Yeribeth Calderon Acevedo
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de ciudadanía
Número de identificación	1090491700
Fecha de emisión	10/22/2012 *(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	CLL 75A#100B-28 VILLAS DE MADRIGAL
Código postal	
Estado	
Municipio	BOGOTA
País	COLOMBIA
Correo electrónico	angelycalderon94@gmail.com
Teléfono	3123521793
Celular	3123521793
Número de fax	

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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CALDERON	ACEVEDO	ANGELY YERIBETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1090481700

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES SEP AÑO 1994

PAÍS Colombia

DEPTO Norte de Santander

CIUDAD Cúcuta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 75A#100B-29

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3123521793

EMAIL angelycalderon94@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER TECNICO COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2010
										X	

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*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		FISIOTERAPEUTA	5	2017	1090481700

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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
IPS NEUROSENSORY		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contacto@neurosensory.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3053529890	DIA 1 MES 8 AÑO 2018	DIA 5 MES 10 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FISIOTERAPEUTA	SALUD	calle 127D#71-28 NIZA NORTE

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED SUR	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactos@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300000	DIA 13 MES 9 AÑO 2017	DIA 30 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FISIOTERAPEUTA	SALUD PUBLICA	CARRERA 20#47B-35SUR

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	0	9
PRIVADO	0	2
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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).

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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

Bogota 14 Dic 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Angely Calderón P

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1090481700 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CALLE 75A#100B-29 **Teléfonos** 3123521793 3123521793

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HANDERSON HEGEL CALDERON ACEVEDO	1014219491	HERMANO(A)
RAUL ENRIQUE CALDERON BAUTISTA	13460957	PADRE

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	$ 17.000.000,00
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	$ 17.000.000,00

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	451500176842	BOGOTA	$ 100.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ICETEX	CREDITO EDUCATIVO	$ 16.000.000,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Última Actualización: 13-dic-2018

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 ○ C.E ○ T.I. ○	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Angely Calderón A

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

La Universidad de Santander

UDES

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional de conformidad con la Personería Jurídica No. 810 del 12 de marzo de 1996 y la Resolución No. 6216 del 22 de diciembre de 2005

Teniendo en cuenta que:

Angely Yeribeth Calderón Acevedo

C.c No. 1090481700 Expedida en: Cúcuta (Norte de Santander)

Cursó y aprobó los estudios y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el titulo de:

Fisioterapeuta

En constancia de lo anterior se firma y sella este Diploma, en la ciudad de Bucaramanga, el día 17 del mes Mayo del año 2017

Rector | Secretario General | Director del Programa

Registrado en el folio 59636 Libro D-4 Nº de Acta 61240 Diploma No. 49910

Universidad de Santander
Personería Jur. 810 de 12/03/96 Min.Educación
Resolución No. 6216 - 22/12/05 Min.Educación
UDES

VIGILADA MINEDUCACION Institución de Educación Superior Sujeta a Inspección y Vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional / Artículo 4, Resolución 12220 de 2016

ACTA DE GRADO No 61240

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia a los ***DIECISIETE (17)*** *días del mes* ***MAYO*** *del año* ***DOS MIL DIECISIETE (2017)*** *se reunió el Consejo Académico de la* ***UNIVERSIDAD DE SANTANDER***
Presidió la sesión JAIME RESTREPO CUARTAS y
obró como Secretario JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN
Considerando el Consejo que ***ANGELY YERIBETH CALDERÓN ACEVEDO***
Con cédula de ciudadanía número ***1.090.481.700*** *Expedida* ***CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER)***
y libreta militar número Expedida por
Cumplió con las disposiciones legales, reglamentarias, presentó el proyecto de grado con el título

FACTORES QUE AFECTAN LA VINCULACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN LAS EMPRESAS INSCRITAS A LA CÁMARA DE COMERCIO, CÚCUTA NORTE DE SANTANDER, 2016.

y obtuvo un promedio ponderado en su carrera ***(4.19) CUATRO PUNTO DIECINUEVE*** *sobre cinco.*
En consideración a lo anterior y obrando en nombre de la República de Colombia se le otorgó el título de

FISIOTERAPEUTA

Bajo la gravedad de juramento, el graduando prometió cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

En constancia se extiende y firma la presente acta.

Rector, JAIME RESTREPO CUARTAS

Secretario General, JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN

Hay un sello que dice: REPUBLICA DE COLOMBIA, BUCARAMANGA, UNIVERSIDAD DE SANTANDER.
Es fiel copia de su original tomada el día ***DIECISIETE (17)*** *del mes de* ***MAYO*** *de* ***DOS MIL DIECISIETE (2017).***

Registrado en el Folio No. ***59636,*** *Libro* ***D-4*** *Diploma No.* ***49910***

JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN
Secretario General



RESPIRAR S.A.S IPS
UNIDAD RESPIRATORIA DE CÚCUTA
Certifica a:

ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO

Asistio al:

VI SIMPOSIO EN ACTUALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA

San José de Cúcuta, 19 y 20 Septiembre 2014

Dr. OSCAR FERNANDO PARADA ROJAS
Director Científico RESPIRAR S.A.S



República de Colombia

Universidad de Santander
UDES
Personería Jur. 810 de 12/03/96 Min.Educación
Resolución No. 6215 - 22/12/05 Min.Educación

Certifica Que

ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO

Participó en el taller de

"Enfoques Actuales En Neurorehabilitacion"

Con una Intensidad de 4 Horas

En constancia se firma en la ciudad de San José de Cúcuta, a los 3 días del mes de Octubre de 2015

Gloria Carrascal J.
GLORIA CARRASCAL JACOME
Coordinadora Fisioterapia

OLGA MARIA PARIS PINEDA
Coordinadora Docencia Fisioterapia



II CONGRESO REGIONAL AMCI
NORTE DE SANTANDER
9 de septiembre
Hotel Casino Internacional
Salón: Champagne

Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

La Asociación Colombiana de Medicina
Crítica y Cuidado Intensivo

Certifica que:

ANGELY YERIBETH CALDERÓN ACEVEDO

Asistió al II Congreso Regional AMCI Norte de Santander
realizado el 9 de septiembre de 2016 con una intensidad de 8 horas.

Dr. Jairo A. Figueroa M.
Presidente AMCI

Dra. Zulma E. Urbina C.
Vicepresidente AMCI



República de Colombia

Universidad de Santander
UDES

Certifica Que:

Angely Calderon Acevedo

Asistió al

"Taller de Intervención en el Paciente Neurológico"

Con una Intensidad de 5 Horas

En constancia se firma en la ciudad Cúcuta Fecha 13 de Septiembre de 2014

Coordinadora Programa de Fisioterapia

Director(a) del Evento

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Angely Yeribeth Calderón Acevedo 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:

Fisioterapeuta
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Angely Calderón A

No. de documento: 1090481700

Tarjeta profesional No: 1090481700

Dirección de contacto: Calle 75A #100B-29 Bogotá

Teléfono: 3123521793

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **1090481700**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad en calidad de Orden de Prestación de Servicios así:

ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
008163	13/09/2017	31/12/2017	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	$12'600.000	TUNAL
000832	01/01/2018	30/06/2018	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	$21'000.000	TUNAL

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de la Subred Integrada de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica 7428585 Ext. 1504. Código de Verificación: 1>P61:GB>.

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a QUIEN INTERESE a los Trece (13) días del mes de Agosto del 2018 y tiene validez por Tres (03) meses a partir de su expedición.

Luisa Fda. Gómez B.

LUISA FERNANDA GOMEZ BECERRA
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado y Elaborado por:	Cecilia Pérez Bautista	Asistente Administrativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Aprobado por:	Mireya Díaz Beltrán	Líder OPS	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

NEUROSENSORY

NIT. 901.030.537-1

CERTIFICA QUE:

Que **ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.09.481.700 de Norte de Santander, laboró en NEUROSENSORY desde el 1 de agosto hasta el 5 de octubre del presente año como FISIOTERAPEUTA.

Se expide la presente certificación a los doce (12) días del mes de octubre de 2018.

KAROL STEPHANIE VALBUENA CARVAJAL
C.C. 1.136.885.087 de Bogotá
Representante Legal

(+57) (1) 712 05 83 contacto@neurosensory.com.co
(+57) 305 352 9890 Calle 127 D # 71-28, Niza Norte



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.481.700

CALDERON ACEVEDO

APELLIDOS

ANGELY YERIBETH

NOMBRES

Angely CalderónA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1994

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

22-OCT-2012 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2500100-00415008-F-1090481700-20121206 0031834592A 1 39124513

DIAN — Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto [0 1] Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14428803390

(415)7707212489984(8020) 000014428803390

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1090481700	9	Impuestos de Bogotá [3 2]	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida [2]	Cédula de ciudadanía [1 3]	[1 0 9 0 4 8 1 7 0 0]	[2 0 1 2 1 0 2 2]

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	[1 6 9]	Norte de Santander [5 4]	Cúcuta [0 0 1]

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CALDERON	ACEVEDO	ANGELY	YERIBETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA [1 6 9]	Bogotá D.C. [1 1]	Bogotá, D.C. [0 0 1]

41. Dirección principal: CL 75 A 100 B 29 BRR VILLAS DE MADRIGAL

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelycalderon94@gmail.com		3124645197	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	2017 08 25						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: [1] 61. Fecha: [2017 08 25]

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Angely Calderón A.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

964. Nombre: GUARNIZO TOLE ANGELA JOHANA

965. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 25-08-2017 11:18:08AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 25-08-2017
Hora: 3:59:39 PM

CONTRIBUYENTE CC 1090481700 ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO

Información

Dirección CL 75 A 100 B 29

Teléfonos 3124645197

Dirección angelycalderon94@gmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 25/08/2017

Soporte Inscripción 23323864

Fecha Inicio Actividades 25/08/2017

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Esta tarjeta es un documento pûblico y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Fisioterapeutas: colegio@colfi.co

Firma Representante Legal

COLFI - 05462

Firma

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

COLFI
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas

Identificación Única del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

Angely Yeribeth Calderón Acevedo

CC 1090481700

Universidad de Santander

Cúcuta

Fecha Expedición Diploma: 2017-05-17
Fecha Inscripción RETHUS: 2017-08-16



No es seguro | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 1090481700

Primer Nombre *: angely

Primer Apellido *: calderon

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

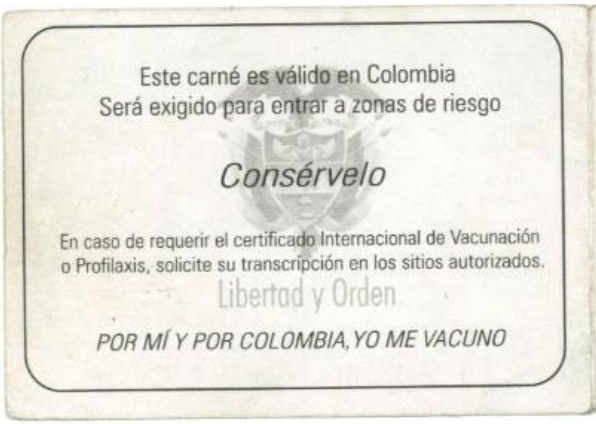
Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1090481700	ANGELY	YERIBETH	CALDERON	ACEVEDO	Ver

Información Detallada [CC: 1090481700] ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	FISIOTERAPIA	2017/8/16	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI

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).



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



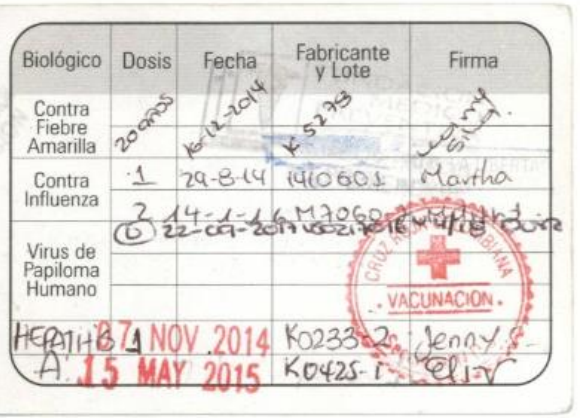
MinSalud — PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Angely Yeribeth
Apellidos:	Calderón Acevedo
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 1090481700
Fecha de Nacimiento:	Día 28 Mes 09 Año 1994



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	30/09/14	0241101SE	VIANNY S
	2	30/11/14	019 B200 11E	Vianny S.
	3	25/05/15	0241300 2B	Martha P.
	4	25/05/16	D2272	Martha P.
	5	30-6-17	D2296	Martha
Contra Hepatitis B	1	29 AGO 2014	UFX160 Y	Manyori
	2	29 SEP 2014	UFX160 3	Jenny
	3	29 OCT 2014	UFX1600 8	Manyori
	R	19 ENE 2016	UFX1600 3	Elisa



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	20 años	15-12-2014	+ 5273	Vianny S.
Contra Influenza	1	29-8-14	1410603	Martha
	2	14-1-16	M7060	
	3	22-09-2016		
Virus de Papiloma Humano				
Hepatitis B	1	27 NOV 2014	K0233 2	Jenny S.
	A	15 MAY 2015	K0425-1	Yeliz

CRUZ ROJA COLOMBIANA · VACUNACION · Seccional N.D.S.



BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
VPH (virus papiloma humano)	1			
	2			
	3			
FIEBRE TIFOIDEA	1			
	2			
	3			
OTRAS				



Cruz Roja Colombiana
Seccional Norte de Santander 0795
Nit. 890.500.646-2
Teléfonos: (7) 5725600 / 01/ 02

CARNETS DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: Angely calderon Acevedo
FECHA DE NACIMIENTO: SEXO: F
IDENTIFICACION: 1090491700



BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
TRIPLE VIRAL	1	16 DIC 2014	35494	Jenny
TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			



BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1	16 DIC 2014	SA01294	Jenny
	2			
MENINGOCOCO	1			
	2			
NEUMOCOCO	1			
DPT	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Angely

Apellidos: Calderon

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1090481700

Fecha de Nacimiento: Día 28 Mes 09 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	Unica	12-07-19	R3[illegible]1/19	Mathes
Virus de Papiloma Humano				
Neumo23	Unica	12-07-19	NU36112 05/19	Glaxosmith

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO
Tipo de Documento:	CC **Documento** 1090481700
Sexo F **F. Nacimiento:**	28/09/1994 **Edad:** 22 Años
Entidad: PARTICULAR/NORTE	**Cargo:** FISIOTERAPEUTA
Centro de Costo:	N/A
Fecha de Atencion:	2017-08-29
Fecha y Hora entrega resultados:	29/08/2017 1.38 PM

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

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

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: MEDICINA GENERAL CONTROL

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	VISIOMETRIA

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

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): GERMAN VEGA ROJAS RM: 7163473 - LSO 7069/09

Germán Vega
Medico y Cirujano
Mat. 7.163.473 LSO Tolima

Firma y sello del Médico Evaluador

ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO
C.C 1090481700
Firma del trabajador Evaluado

Organización
GRUPO
REANIMA S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS Y URGENCIAS

Certifica que

Este certificado SOLO TIENE VALIDEZ con un sello seco y un número de consecutivo. Cel. 3192463974

ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO

1090481700

Asistió al curso de:

SOPORTE VITAL BASICO

Según los lineamientos de la
Organización GRUPO REANIMA

Este curso certifica 20 horas de educación médica

002173

ALBERTO M. DIAZ SOSA
Director del Curso

LIBARDO VARON YAZO
Director Científico

BOGOTA - CUNDINAMARCA
ABRIL 29 de 2017

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

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

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

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

FECHA:	14/12/2018	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Calderon	Acevedo	Angely	Yeriberth		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1090481700	Cúcuta/Norte de Santander	2012/10/22
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1994/9/28	Cúcuta/Norte de Santander	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X, CASADO(A), DIVORCIADO(A), UNION LIBRE, VIUDO(A)			

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER X	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL: Fisioterapeuta	Fisioterapeuta

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 75A # 100B-29	Bogotá	Bogotá	Colombia	3123521793

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
angelycalderon94@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
—	—	—	—

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

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI NO	8299	
		NO X	ICA	SI NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:	

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X		SI NO X		SI NO X

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	—

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		#NIT	
GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐			—

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
—	—	—	—	—

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	$500.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	—	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	$0	TOTAL EGRESOS	$500.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—

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
Alape		Yanet	Patricia

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Calle 72 A #100 B	Bogota	Coordinadora Amiga	3214080135

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de Ahorros	451500176942	Bogota	3123521793

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Fisioterapeuta

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Angely Calderón A

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha		**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

ompensar

LA CAJA DE COMPENSACÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO tlentificado(a) con cedula ciudadanía 1.090.481 700 se encuentra Activo en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotozante Independiente contrato de prestación según infonnación contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afilación	Fecha Retiro
20180402	No Registrada

El presente certificado se expide a solitud del (la} interesado(a), a bs 13 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendda en la línea 444 1234- Documento no valdo como autorización de Traslado • No es vélo para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Corcflafmente

COMPENSAR EPS.

Elaboró: LUDY YANETH JSAIRIAS
10543843

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1090481700,** se encuentra afiliado (a) desde **31/08/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 13 diciembre 2018

SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de la ARL SURA a la fecha 13/12/2018 15:30, con relación a la afiliación y cobertura de ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 1090481700, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 01/07/2018
Fecha de fin de cobertura:
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA
Código de ocupación: 1000
Descripción ocupación: Ind Afiliados por pagos
Clase de riesgo: 3
Porcentaje de cotización: 2,436

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10904817001834755831

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Afiliaciones y Recaudos
Dirección IP:186.144.29.33,

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1090481700	Sura
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Angely	Yeribeth	Calderón	Acevedo

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
28/09/94	Cúcuta	Calle 7 5N-11 100B-29	

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Compensar	Colpensiones	$ 3276.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Fisioterapeuta	

Correo Electrónico	Celular
angelycalderon94@gmail.com	3123521793

Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
Angely Calderón A	

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119115489

WEB
12:49:05

Bogotá DC, 12 de diciembre 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) ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1090481700:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 12:06:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1090481700
Código de Verificación	1090481700181212120606

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2605887

Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 12:04 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL NOVENTA MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS**

1090481700

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_NMXHK_0412
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:07:35 horas del 12/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **1090481700**
Apellidos y Nombres: **CALDERON ACEVEDO ANGELY YERIBETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Volver al Inicio

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.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/09/12

Por medio de la presente hacemos constar que la señora ANGELY YERIBETH CALDERON ACEVEDO
con Cédula de Ciudadanía número 1090481700
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 451500176842
Fecha Apertura 2017/09/12

Cordialmente,

DAVIVIENDA
4515 - OFICINA PORTAL DE LA 80

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.
NIT. 860.034.313
AH 170-1 REV. IV -

Scanned by CamScanner

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-023021

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **ANGELY YERIBETH CALDERóN ACEVEDO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.090.481.700 de Cúcuta T.P. o R.M. No. 1090481700 expedida por Colfi, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Veintidós (22) días del mes de Enero de dos mil diecinueve (2019) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA PRESIDENTE

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

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

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-023021

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **ANGELY YERIBETH CALDERóN ACEVEDO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.090.481.700 de Cúcuta T.P. o R.M. No. 1090481700 expedida por Colfi, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Veintidós (22) días del mes de Enero de dos mil diecinueve (2019) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA PRESIDENTE

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

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