

Bogotá D.C., 03 de Mayo de 2022

Teniente Coronel
ANA MILENA MAZA SAMPER
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Carrera 68 B Bis No. 44 - 58
Bogotá DC.

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mis servicios como **MEDICO ESPECIALISTA EN SISTEMAS DE GARANTIA DE CALIDAD Y AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD**, para tal objeto me acogeré a los honorarios y me comprometo a cumplir con las horas pactadas dentro del contrato de acuerdo a la agenda establecida por la entidad.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro en curso de ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución en los artículos 8 y 9 de ley 80 de 1993, ni relacionada en el boletín de las responsabilidades fiscales de la contraloría general de la republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea informado a la dirección: Avenida/Carrera: 9 No. 161 B - 23. Bogotá. Teléfono y/o Celular: 3164965741. Correo: deisyoviedo3342@hotmail.com.

Aténtamente,


DEISY DAILUTH ARLYTH OVIEDO PEÑA
C.C. No. 52.991.386 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52991386**

OVIEDO PEÑA
APELLIDOS

DEISY DOILUTYARLYTH
NOMBRES

Deisy Oviedo Peña
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1983**

GACHETA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-ABR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

IMPORTE DERECHO



P-1500101-42093603-F-0052991386-20011004 07137 01274A 01 114522973



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Oviedo</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Peña</u>	NOMBRES <u>Deisy Dailynarlyth</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>52991386</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS <u>Colombia</u> COL. ☐ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>23</u> MES <u>04</u> AÑO <u>1983</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Avenida: 9 # 161 B-23</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3164965741</u> EMAIL <u>deisyoviedo3342@hotmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	FECHA DE GRADO MES <u>12</u> AÑO <u>1999</u>

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	12	X		Medico Cirujano	06	2010	
EP	6	X		Esp. Garantía de Calidad y Auditoria	12	2017	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Policia Nacional	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogota	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5804400	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 04 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 05 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Medico Auditor	DEPENDENCIA Medicamentos	DIRECCIÓN Av. Cr. 68 B.B.3 #44-58	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Policia Nacional	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogota	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5804400	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 05 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 03 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Medico Auditor	DEPENDENCIA Medicamentos	DIRECCIÓN Kr 68 B.B.3 #44-58	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

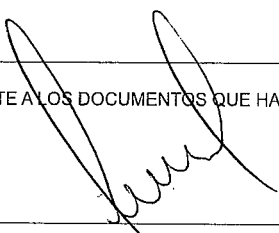
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).


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.

Bogotá 10/05/2022


NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, DEISY DOILUTYARLYTH OVIEDO PEÑA

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 52.991.386 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento BOGOTÁ Municipio BOGOTÁ

Barrio-Dirección AK 9 161 B 23 Teléfonos 3164965741

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
BENJAMIN OVIEDO BOHORQUEZ	334.223	PAPA
MARIA IRMA PEÑA	20.585.216	MAMA
ISABEL CRISTHINA GUTIERREZ OVIEDO	1.033.112.335	HIJA
MARIA ELENA GUTIERREZ OVIEDO	1.033.120.763	HIJA
PAULA ANDREA GUTIERREZ OVIEDO	1.033.124.996	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,
EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	55.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 55.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	AHORROS	94337748	CEDRITOS	\$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	HIPOTECADO AL BBVA	\$ 100.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

Confirme los números de la imagen *

3014



Canbar

7013

Verificar Registro de Retiro JS Limpiar

Resultado General: 2022-03-09 10:30:30 AM

Tipo Identificación				
Nro.	Identificación	Primer Nombre	Segundo Apellido	Estado
CC	52891386	DEISY	DOLUTYARLYTH OVIEDO	VER

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2170 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constata que el (la) señor(a) DEISY DOLUTYARLYTH OVIEDO PEÑA (identificado(a) con CC 52891386) registra la siguiente información:

2022-03-09 10:30:30 AM

Información Académica

Tipo Programa		Origen Obtención		Profesión u Ocupación		Fecha Inicio Ejercicio		Acto Administrativo		Entidad Reportadora	
UNV		Local		Medicina		2011-09-23		1715		GOBERNACION DE BOYACA	

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 acreditan 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).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:50:02 AM horas del 03/05/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52991386

Apellidos y Nombres: OVIEDO PEÑA DEISY DOILUTYARLYTH

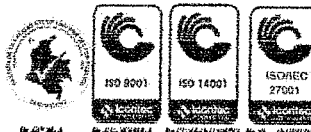
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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.



Dirección: Calle 18A # 59F-45 Zona Industrial, barrio Montevideo, Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes
7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5199700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
Email: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia de la
República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en Línea



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/05/2022 09:38:24 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52991386** y Nombre: **DEISY DOILUTYARLYTH OVIEDO PEÑA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **32771209**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

Información

5159000

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

www.policia.gov.co

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 195986635



WEB

09:39:11

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de mayo del 2022

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) DEISY DOILUTYARLYTH OVIEDO PEÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52991386:

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 CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

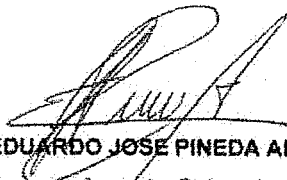
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de mayo de 2022, a las 10:55:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52991386
Código de Verificación	52991386220503105545

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.


EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB



EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 - 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52991386
NOMBRES Y APELLIDOS	Oviedo Peña, Deisy Doilutyarlyth
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Oviedo Peña, Deisy Doilutyarlyth, a los 03 días del mes de mayo del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DEISY DOILUTYARLYT OVIEDO PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.991.386**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



REPRESENTACIÓN FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

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

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora DEISY DOILUTYARLYTH OVIEDO PEÑA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52991386, contratista de la empresa UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA, con NIT No. 901361596, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 11/06/2020 y fecha fin de contrato 06/03/2021 con riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201015120404.

Esta certificación se expide a los 09 días del mes de Mayo de 2022.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**



Positiva Compañía de Seguros S.A. • NIT: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170
Bogotá: 250 7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia



**El emprendimiento
es de todos**

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **DEISY DOILUTYARLYTH OVIEDO PEÑA**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 52.991.386** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 094337748** abierta el **22 de julio de 2013**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **03** días del mes de **mayo** del año **2022**.

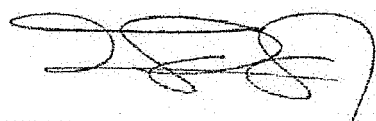
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0094337748**

Cuenta de 16 dígitos: **0094000200337748**

Cuenta de 20 dígitos: **00130094000200337748**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL



REGIONAL EN ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD Bogotá Cundinamarca

FECHA mayo 03 /2022

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

APERTURA x

CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario DEISY OVIEDO PEÑA NIT _____

Y/O _____

Dirección

AK 9 161 B 23

C.C. 52991386

Teléfono 3164965741

Fax _____

Departamento CUNDINAMARCA

Ciudad BOGOTA

Municipio _____

Denominación de la cuenta

Corriente

Ahorros

X

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si esta información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: Deisyoviedo3342@hotmail.com SI (☐)

TELÉFONO: 3164965741 SI (☐)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera BBVA Código 13

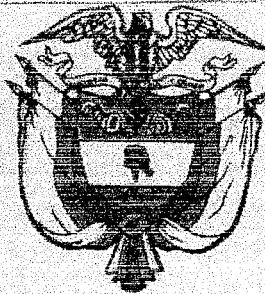
Sucursal FONTIBON Código _____ Ciudad BOGOTA

Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta 094-337748

(Adjuntar certificación bancaria)


NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Colegio Distrital Cristobal Colón

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 7437 del 13 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Deisy Dorislynn Quiro Peña

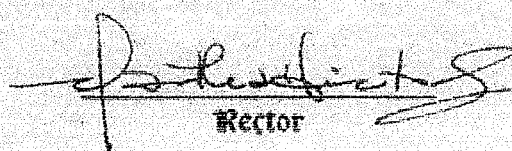
Identificado (a) con C.C. No. 830423 - 11637 de Gacheta, Cund.

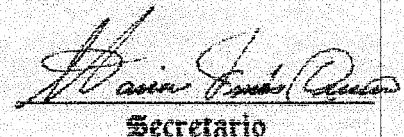
el Título de:

Bachiller Académico

con énfasis en Ciencias Contables

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 29 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes.


Rector


Secretario



Anotado al Folio 074 del Libro para Control Interno de Diplomas No. _____

Dado en Santafé de Bogotá a 27 de Noviembre de 1999

No requiere Registro " según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 "



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
TALENTO HUMANO

Nro. GS - 2022 - 22998-RASES1 - GUSAP 29.25

Bogotá D.C., 13 MAY 2022

Teniente Coronel
JAVIER ORLANDO OBANDO URREGO
Jefe Seccional de Inteligencia Policial MEBOG
Calle: 40 No. 8 - 09, Barrio Sucre
Bogotá D.C.

ASUNTO: Solicitud estudio de Confiabilidad

De manera atenta y respetuosa me permito solicitar a mi Coronel, ordene a quien corresponda se realice el estudio de seguridad al personal que más adelante se relaciona y quienes se encuentran en vinculación a la Policía Nacional en la modalidad de contratación por prestación de servicios profesionales en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 y en la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, así:

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	PROFESION
1	Lorena Patricia Serrato Salamanca	1.010.174.849	Psicologa
2	Mayerly Janeth Aponte Aponte	1.020.716.369	Medico General
3	Ingrid Katterine Corredor Salinas	1.023.925.051	Trabajadora Social
4	Leonardo Cuervo Gonzalez	80.772.995	Psicologo
5	Sandra Andrea Chavarro Buitrago	52.965.480	Psicologa
6	Leidy Bibiana Caicedo Perez	39.582.509	Aux. de Odontología
7	Sandra Liliana Moya Morales	52.708.906	Enfermera
8	Daisy Doilutyarlyth Oviedo Peña	52.991.386	Medico Esp. En Sistemas de Garantía de Calidad

Lo anterior para conocimiento de mi Coronel y demás fines que estime pertinentes.

Atentamente,

Teniente Coronel ANA MILENA MAZA SAMPER
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1

Anexo: Formatos de Estudios de Confiabilidad a personal Natural (22) Folios

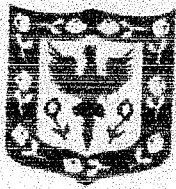
Elaborado por: CPS-04 Ricardo Trujillo Vasquez 27
Revisado por: IJ. Isidro Forero Bautista (b)
Fecha de elaboración: 12/05/2022
Ubicación: Oficios Tahum 2022

Carrera 68 B BIS No. 44 - 58 Bogotá
Teléfonos: 5804400 Ext 1297-3467
disan.rajes1-th@policia.gov.co



MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

EL COLEGIO DISTRITAL CRISTOBAL COLON
CALLE 165 No. 18-03 TEL. 671 94 64
SANTAFE DE BOGOTA, D. C.

Inscripción S. E. 2934

Inscripción Dane 111848-

03030

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D. C. a los 27 días del mes de Noviembre de 1999, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO DISTRITAL CRISTOBAL COLON. Institución aprobada hasta nueva determinación, inclusive en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D. C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS EN CIENCIAS - BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS EN CIENCIAS CONTABLES, según Resolución No. 7437 del 13 de Noviembre de 1998, modificada por la Ley 115 de 1994.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO**

con Enfasis en Ciencias Contables

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

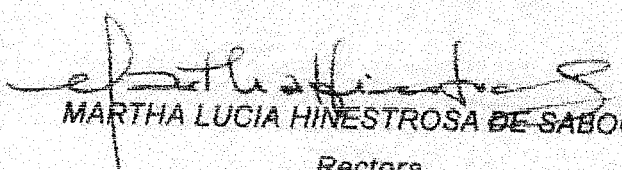
Deisy Doilutyarlyth Oviedo Peña

T.I. 830423-11637 de Gachetá (Cundinamarca)

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 17 del 27 de Noviembre de 1999 consta de 85 alumnos; comienza con el nombre de ALFARO RODRIGUEZ NOHORA MILENA y cierra con el nombre de MIGUEL ANGEL VILLAMIL AMAYA. Firmada por MARTHA LUCIA HINESTROSA DE SABOGAL (Rectora) y MARIA INES CUERVO CUELLAR (Secretaria).

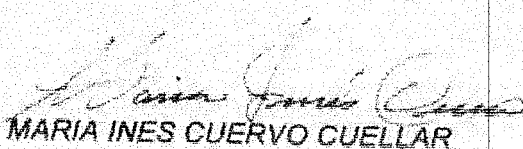
Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 27 días del mes de Noviembre de 1999

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.


MARTHA LUCIA HINESTROSA DE SABOGAL

Rectora

C. C. 41.606.378 de Bogotá


MARIA INES CUERVO CUELLAR

Secretaria

C. C. 41.609.183 de Bogotá



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A

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

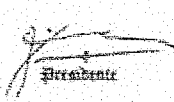
Deisy Doilutyarlyth Oviedo Peña
C. C. 52'991.386 de Bogotá D.C.

Aprobó los Estudios Programados por la Universidad y cumplió los requisitos exigidos por los Estatutos y la Ley, para un
Programa de Formación universitaria le confiere el título de:

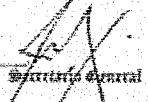
Médico Cirujano

En testimonio de lo anterior se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D.C., República de Colombia, junio 11 de 2010


Presidente


Rector


Secretario General

Diploma No. 5720
Expediente el folio No. 98
Del Libro de Diplomas No. 2.40 - 2.626-0
Fecha 21-11-10


ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
C.C. 52991386



CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN
DEISY DOILUTYARLYTH
OVIEDO PEÑA
C.C. 52991386
MEDICO(A)
Expedición 29/09/2011




COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.



Calle 272 No. 15-27 PBX. 157 31 665 4700	Fax: (57-1) 676 1132
Sede Norte Calle 72 No. 14-20	Tel: 2179345 - 3450396 A.A. 34204
NR. 860.403.721-2	Bogotá D.C. - Colombia

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
ACTA DE GRADO
No. 5720
2-40-4626-0**

En la Ciudad de Bogotá, el día 11 de Junio de 2010, se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los Doctores Jaime Cadena Santos, Presidente, Germán Anzola Montero, Rector y Adalberto Machado Amador, Secretario General; en el cual la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. previo el juramento reglamentario, confirió el título de

MEDICO CIRUJANO

A: DEISY DOILUTYARLYTH OVIEDO PEÑA

Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.991.386 de Bogotá, D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 18 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Bogotá, el 11 de Junio de 2010.

Firmado por:

GERMÁN ANZOLA MONTERO
Rector

ADALBERTO MACHADO AMADOR
Secretario General

CARLOS ADOLFO ARENAS C.
Vice-Rector Académico

Es fiel copia tenida del original.

ADALBERTO MACHADO AMADOR
Secretario General

Miembros • ASCUN • IALP • UDUAL • AUALCPI • REDUREL • OLI

La Fundación Universitaria Juan A. Corpas

Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan A. Corpas
C.R. 22.001.1982 de Bogotá D.C.

ESCUELA DE MEDICINA

En nombre de la República de Colombia,
por autorización del Ministerio de Educación Nacional y
Teniendo en cuenta que

Deisy Dailutyarhyth Oviedo Peña

C.R. 22.001.1982 de Bogotá D.C.

habiendo satisfactoriamente los estudios de Postgrado y cumplido con todos los requisitos
exigidos por la Ley, le confiere el título de

**Especialista en Sistemas de Garantía de Calidad
y Auditoría de Servicios de Salud**

(Código 525)

Bogotá D.C. Diciembre 22 de 2011

Lib. 123-793


Rector

Registrado: 2011, 1 de Julio de 2011
Registro D.E. 10 de 2011


Decano


Secretario General


Secretario Programático



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS
Secretaría General

La **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS**

es una institución de carácter privado, con Personería Jurídica No. 2105 del 29 de Marzo de 1974, expedida por el Ministerio de Educación Nacional, la cual está autorizada para expedir títulos de **ESPECIALISTA EN SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD Y AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD**, según código del programa 5291 amado del ICFES y Registro Calificado otorgado mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 22048 del 29 de Diciembre de 2014.

ACTA DE GRADO No. 171

En la Ciudad de Bogotá D.C., el día 12 de Diciembre de 2017, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores Ana María Piñeros Ricardo Rectora, Luis Gabriel Piñeros Ricardo Vicerrector Académico, Juan David Piñeros Ricardo Vicerrector Administrativo, Jaime García Cedeño Decano y Fernando Noguera Arrieta Secretario General con la asistencia del Doctor Carlo Rizzi Director Departamento de Posgrados Administrativos y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

**ESPECIALISTA EN SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD Y AUDITORIA DE
SERVICIOS DE SALUD**

A

DEISY JOILUTYARLYTH OVIEDO PEÑA

Identificada con cédula de ciudadanía número 52.931.386 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes, por lo que se le otorgó el Diploma No. AM-794 registrado en el libro 1, folio 46 que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en la Ciudad de Bogotá, D.C., el día dieciocho (18) del mes de Diciembre de dos mil diecisiete (2017).

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.


Dr. Fernando Noguera Arrieta
Secretario General

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
5301 S. DICKINSON DRIVE
CHICAGO, ILL. 60637

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

2032

2033

2034

2035

2036

2037

2038

2039

2040

2041

2042

2043

2044

2045

2046

2047

2048

2049

2050

2051

2052

2053

2054

2055

2056

2057

2058

2059

2060

2061

2062

2063

2064

2065

2066

2067

2068

2069

2070

2071

2072

2073

2074

2075

2076

2077

2078

2079

2080

2081

2082

2083

2084

2085

2086

2087

2088

2089

2090

2091

2092

2093

2094

2095

2096

2097

2098

2099

2100

2101

2102

2103

2104

2105

2106

2107

2108

2109

2110

2111

2112

2113

2114

2115

2116



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C5299138600073012

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ETICA MEDICA
CERTIFICA**

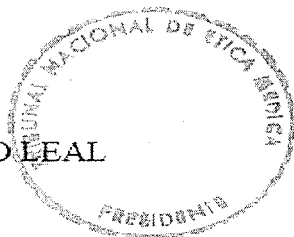
Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **DEISY DOILUTYARLYTH OVIEDO PEÑA**, identificado(a) con C.C. No. 52991386 y T.P. o R.M. No. 15 1715/2011 del(a) Ministerio de la Protección Social, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene 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 que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 09 mayo 2022 a solicitud del(a) interesado(a).

JOSE SINAY AREVALO LEAL
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com

idime



24-E24-983719

Página N° : 1 de 1
Fecha ingreso : 14/05/2020 12:55:53 PM
Fecha de muestra: 14/05/2020
Fecha impresion : 15/05/2020 01:25:43 PM

Nº. de Orden : E24-983719	Nº. Interno : E24-983719
Paciente : OVIDDO EDNA DEISY DOILUTYARLYNN	Edad : 37 a 0 m 21 d
Documento Id : 12991386	Teléfono : 3164965747
Empresa : ROCIO DEL PILAR LAVERDE	E-Mail : deisyoviedo3342@hotmail.com
Sede : LAB REFERENCIA	Nº. Autoriza: 0

HBSAC**

Web

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

VALORES DE REFERENCIA:

46.35

UI/L

0 -

0

No reactivo: Menor a 10 IU/L

Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Reacturación

10 - 100: Niveles de protección

Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Técnica: Electroquimioluminiscencia

Valido: Reg 1047096209 CLAUDIA PACHECO HERRERA

14/05/2020 11:26 PM

FIRMA

Director Laboratorio

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Fase pre-analítica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)

Nota: La empresa no se responsabiliza por erradicaciones realizadas a este reporte

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

10

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1			
Rubéola	1			
Toxoide	2			
Tetánico	3			
Difterico	4			
Id	5			
	1			
Contra	2			
Hepatitis B	3			
	4			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

19AUG13
 19AUG13
 10-2018
 04/04/16

Hrgabo A 007 ABR 2013
 21/01/2015

~~FOR ME, FOR COLOMBIA, YOU ARE VACUANT~~

1000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
	1			
Toxoides Tetánico	2			
Diférico	3			
Td	4			
	5	Julio 19/2010		Nancy B.
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Particula y Lote	Vendedor	Firma
Contra Fiebre Amarilla		Lula 09/2000		May B
Contra Influenza				
Otras				

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14690334244



(415)7707212489984(8020) 000001469033424 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

5 2 9 9 1 3 8 6

8

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 2 9 9 1 3 8 6

27. Fecha expedición

2 0 0 1 0 4 2 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

29. Departamento

Cundinamarca

30. Ciudad/Municipio

Gachetá

2 9 7

31. Primer apellido

OVIEDO

32. Segundo apellido

PEÑA

33. Primer nombre

DEISY

34. Otros nombres

DOILUTYARLYTH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

AV CR 9 161 B 23

42. Correo electrónico

deisyoviedo3342@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 6 4 9 6 5 7 4 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 0 0 7 1 5

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49. - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2020 - 04 - 22

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre OVIEDO PEÑA DEISY DOILUTYARLYTH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

FECHA DE EXAMEN 10/05/2022 12.49 PM

TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	HELP OCUPACIONAL SAS	Nit:	900479126
Dirección:	CRA. 18A No.53-50 CS 101	e-mail:	repcionhlepocupacional@gmail.com
Teléfonos:	(571) 631 5344 - 350 521 1627	Sede:	BOGOTA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	DEISY DOILUTYARLYTH			Apellidos	OVIEDO PEÑA					
Identificación	CC	52991386	Edad	39 Años	Genero	F	Grupo sanguíneo		A +	
Procedencia	Lugar de nacimiento	GACHETA CUNDINAMARCA			Fecha de nacimiento	23/04/1983	Estrato	4		
Estado civil	Union libre	Escolaridad	Postgrado		Teléfonos	3164965741				
Departamento	Bogotá, D.C.	Municipio	Bogotá, D.C.		Dirección	AK 9 No 161B 23				
EPS	SANITAS E.P.S. S.A.									
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS			Fondo de Pensiones		PORVENIR S.A.				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR	EMPRESA USUARIA	NO APLICA
CARGO	MEDICO AUDITOR		
FECHA DE INGRESO		JORNADA DE TRABAJO	DIURNO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
--

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIÓN
OBSERVACIONES	NO PRESENTA SÍNTOMAS, NI SE EVIDENCIAN SIGNOS PARA (SARS COV2-COVID 19) ACTUALMENTE.
RECOMENDACIONES	CONTROL ORTOPEDIA Y TERAPIA FISICA EPS **EVITAR REALIZAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE ALTA FRECUENCIA CON MIEMBROS SUPERIORES

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

OCUPACIONALES

Pausas Activas	Uso De EPP MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN COVID 19
----------------	---

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Handwritten signature of Mayra Esmeralda Ramos Hernandez

MAYRA ESMERALDA RAMOS HERNANDEZ
C.C 1032358700 RM: 7122-2013
Firma y sello del Médico Evaluador

Handwritten signature of Deisy Doilutyarlyth Oviedo Peña

DEISY DOILUTYARLYTH OVIEDO PEÑA
C.C 52991386
Firma del trabajador Evaluado



Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO	 POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS O TERCEROS	
Fecha: 28-12-2017		
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Deisy Dailuthyariyth Oviedo Peña Identificado con la cedula de ciudadanía No. 52991386 con domicilio en Bogotá de la empresa _____, cargo _____, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _____ convenio _____ acuerdo _____ No. _____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "Computer Security Incident Response Team".

Esta declaración comienza con la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA

SECOP II

USUARIO: DEISYOVIEDO

CONTRASEÑA: *Markos17/



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1



MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

Nro. GS -2022

ARGES – RASES 29.25

Bogotá D.C. 03 de octubre de 2022

Teniente Coronel
ANA MILENA ALMAZA SAMPER
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Carrera 68 B Bis N°44-58
Bogotá D. C

Asunto: solicitud autorización

Respetuosamente me permito solicitar a mi Coronel, su autorización para la contratación de la profesional en **MEDICO ESPECIALISTA III, DEISY OVIEDO PEÑA** identificada con cedula de ciudadanía N° 52.991.386 de Bogotá, quien desempeñara las siguientes actividades en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 Grupo Suministro de Medicamentos así:

- 1) Elaborar el plan anual de auditoría de calidad.
- 2) Participar y elaborar las actas para los comités y/o reuniones académicas, administrativas, de casos especiales, estructuradores, de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la DIRECCION DE SANIDAD Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.
- 3) Emitir los conceptos técnicos que DIRECCION DE SANIDAD o Regional de Aseguramiento en Salud No. 1. requieran.
- 4) Realizar los informes para los entes de control de la entidad o del estado cuando así se requiera.
- 5) Realizar los informes que la DIRECCION DE SANIDAD o Regional de Aseguramiento en Salud No. 1. requieran, dentro de los plazos determinados.
- 6) Apoyar la gestión de las respuestas y actividades que se relacionen con el sistema de gestión integral.
- 7) Realizar auditorías de verificación y visitas trimestrales a las farmacias de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá y Cundinamarca, y donde por necesidad del servicio se requiera en la Regional 1, al igual que a almacenes, bodegas de medicamentos del proveedor, seguimiento al cumplimiento de las condiciones contractuales y de calidad de los puntos de dispensación de acuerdo a lo pactado en el contrato de conformidad con la normatividad vigente.
- 8) Coordinar la realización de revisiones técnicas cuando lo estime conveniente a la recepción de medicamentos de uso ambulatorio, hospitalarios y de alto costo, con la posibilidad de devolverlos si no cumplen las especificaciones de la entrega, y con las normas vigentes del ministerio de salud y protección social a través de INVIMA de acuerdo con el procedimiento que para el efecto establezca la DIRECCION DE SANIDAD o Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.
- 9) Verificar casos reportados de inconformidad en la prestación del servicio de dispensación de medicamentos ambulatorios para documentar su seguimiento.
- 10) Realizar auditoria cuando el caso lo amerite o cuando sea requerido por DIRECCION DE SANIDAD o Regional de Aseguramiento en Salud No. 1..

errores en la elaboración de la formula manual y el cumplimiento comparativo entre el inventario MDM y el stock de farmacia.

- 24) Seguimiento y cumplimiento a planes de mejoramiento internos y externos y/o a los planes establecidos por auditorías realizadas por el Área de Control Interno, garantía y Calidad y mapa de riesgo para el cumplimiento de las condiciones de calidad de acuerdo a las normas vigentes y las condiciones contractuales. Verificar la veracidad de los informes de autoevaluación del contratista, mantener informado al contratista.
- 25) Supervisar y vigilar el cumplimiento del contrato descentralizado de suministro de medicamentos de Cundinamarca, verificar habilitación y visita a farmacias.
- 26) Realizar el monitoreo semanal al comportamiento de los medicamentos pendientes de entrega por el operador logístico, y emitir el informe mensual respectivo.
- 27) Cumplir con lo establecido en el Artículo DÉCIMO SEGUNDO de la resolución 041 del 06/02/2020 DISAN *"por el cual se designa la Supervisión Nacional y Departamental para la ejecución del contrato No. 07-8-20098-19 suscrito con la unión temporal Medipol 16"*.

Atentamente,



Patrullera **YURANI HERRERA HERRERA**
Responsable Suministro de Medicamentos

Elaborado por PT YURANI HERRERA HERRERA
Revisado por MY LUZ CATALINA MIRANDA GUERRERO
Fecha de elaboración: 03/05/2022
Ubicación: Documentos Salidos

Carrera 68 B Bis 44-58
Teléfonos 2201307 Ext. 1307
Disan.upb-med@policia.gov.co
www.policia.gov.co



INFORMACION PUBLICA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1



MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

No. GS -2022

/RASES-ARGES 29.25

Bogotá, 04 de mayo del 2022

Teniente
JHON ALFONSO ARAGON FONSECA
Responsable Grupo Contratos RASES 1
Carrera 68B Bis No. 44-58
Ciudad

Asunto: Entrega Carpeta

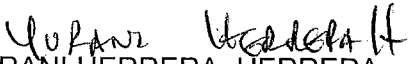
Respetuosamente me permito hacer entrega a mi Teniente, la carpeta de la profesional que relaciono a continuación para su proceso de contratación así:

PROFESIONAL	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE INICIO	DESTINACION
MEDICO ESPECIALISTA III	DEISY OVIEDOPEÑA	01/06/2022	Grupo Suministro de Medicamentos

ARL: POSITIVA

RIESGO: 1

Atentamente,


Patrullera YURANI HERRERA HERRERA
Responsable Suministro de Medicamentos

Elaborado por PT YURANI HERRERA HERRERA
Revisado por: MY LUZ CATALINA MIRANDA GUERRERO
Fecha de elaboración: 03/05/2022
Ubicación: Oficios

Carrera 68 B- Bis N. 44-58
Teléfonos: 5804400 Ext. 1307
Disan.UPB-Med@policia.gov.co
www.policia.gov.co



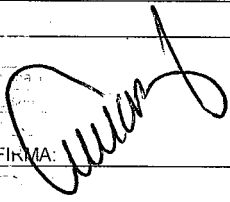
INFORMACION PÚBLICA

1DS-OF-0001
VER: 4

Página 1 de 1

Aprobación: 30/08/2021

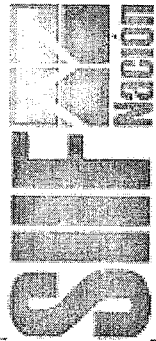
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO										 POLICIA NACIONAL				
CERTIFICACIÓN PLAN DE ADQUISICIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO														
Código: 1DE-FR-														
Fecha: 13-08-2021														
Versión: 3														
FECHA		12/05/2022												
CERTIFICADO No.		187												
UNIDAD QUE EJECUTA	UNIDAD QUE REQUIERE	UNIDAD DE AFECTACIÓN DEL GASTO	MES PROYECTO DE COMPRA	CODIGO UNSPSC	RUBRO PRESUPUESTA	DESAGREGACIÓN PRESUPUESTA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	APORTES DE LA NACIÓN R10		FONDOS ESPECIALES R16		OTRO RECURSO	
39	RASES	PROGRAMA Q	MAYO	80161500	02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS	02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS	Médico especialista III	41.098.218,00	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL
TOTAL									-	-	-	41.098.218,00	-	-
VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN												41.098.218,00		
														
Subintendente Diego Fernando Pineda Martinez														
Responsable Direccionamiento Estratégico y de Recursos														
Grado, Nombres y Apellidos														
Cargo														
Unidad														

FECHA: <u>12 MAY 2022</u>	Nro. _____												
PARA: <u>Contratos</u>													
DE: _____													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">URGENTE _____</td> <td style="width: 50%;">ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____</td> </tr> <tr> <td>PARA SU INFORMACIÓN _____</td> <td>DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____</td> </tr> <tr> <td>FAVOR DAR CONCEPTO _____</td> <td>FAVOR TRAMITAR _____</td> </tr> <tr> <td>INFORMAR POR ESCRITO _____</td> <td>ARCHIVAR _____</td> </tr> <tr> <td>ENCARGARSE DEL ASUNTO _____</td> <td>ENTERARSE Y DEVOLVER _____</td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td>DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____</td> </tr> </table>	URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____	PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____	FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____	INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____	ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____	OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____	
URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____												
PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____												
FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____												
INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____												
ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____												
OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____												
OBSERVACIONES: DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL													
PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES Y SEGÚN NECESIDADES													
DEL SERVICIO AUTORIZADO PARA CONTRATAR													
AL PROFESIONAL: <u>Deisy Dailutharlyth Oviedo</u>													
<u>Peña - Médico Especialista III -</u>													
<u>Medicamentos BASES</u>													
<u>F.I. = 01-06-2022</u>													
FIRMA: 	RECIBIDO: _____												
	FECHA: _____												
	HORA: _____												

FECHA: _____	Nro. _____												
PARA: _____													
DE: _____													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">URGENTE _____</td> <td style="width: 50%;">ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____</td> </tr> <tr> <td>PARA SU INFORMACIÓN _____</td> <td>DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____</td> </tr> <tr> <td>FAVOR DAR CONCEPTO _____</td> <td>FAVOR TRAMITAR _____</td> </tr> <tr> <td>INFORMAR POR ESCRITO _____</td> <td>ARCHIVAR _____</td> </tr> <tr> <td>ENCARGARSE DEL ASUNTO _____</td> <td>ENTERARSE Y DEVOLVER _____</td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td>DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____</td> </tr> </table>	URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____	PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____	FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____	INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____	ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____	OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____	
URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____												
PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____												
FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____												
INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____												
ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____												
OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____												
OBSERVACIONES: _____													
FIRMA: _____	RECIBIDO: _____												
	FECHA: _____												
	HORA: _____												

FECHA: _____	Nro. _____												
PARA: _____													
DE: _____													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">URGENTE _____</td> <td style="width: 50%;">ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____</td> </tr> <tr> <td>PARA SU INFORMACIÓN _____</td> <td>DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____</td> </tr> <tr> <td>FAVOR DAR CONCEPTO _____</td> <td>FAVOR TRAMITAR _____</td> </tr> <tr> <td>INFORMAR POR ESCRITO _____</td> <td>ARCHIVAR _____</td> </tr> <tr> <td>ENCARGARSE DEL ASUNTO _____</td> <td>ENTERARSE Y DEVOLVER _____</td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td>DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____</td> </tr> </table>	URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____	PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____	FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____	INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____	ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____	OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____	
URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____												
PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____												
FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____												
INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____												
ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____												
OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____												
OBSERVACIONES: _____													
FIRMA: _____	RECIBIDO: _____												
	FECHA: _____												
	HORA: _____												

FECHA: _____	Nro. _____												
PARA: _____													
DE: _____													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">URGENTE _____</td> <td style="width: 50%;">ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____</td> </tr> <tr> <td>PARA SU INFORMACIÓN _____</td> <td>DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____</td> </tr> <tr> <td>FAVOR DAR CONCEPTO _____</td> <td>FAVOR TRAMITAR _____</td> </tr> <tr> <td>INFORMAR POR ESCRITO _____</td> <td>ARCHIVAR _____</td> </tr> <tr> <td>ENCARGARSE DEL ASUNTO _____</td> <td>ENTERARSE Y DEVOLVER _____</td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td>DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____</td> </tr> </table>	URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____	PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____	FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____	INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____	ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____	OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____	
URGENTE _____	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____												
PARA SU INFORMACIÓN _____	DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____												
FAVOR DAR CONCEPTO _____	FAVOR TRAMITAR _____												
INFORMAR POR ESCRITO _____	ARCHIVAR _____												
ENCARGARSE DEL ASUNTO _____	ENTERARSE Y DEVOLVER _____												
OTRO: _____	DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____												
OBSERVACIONES: _____													
FIRMA: _____	RECIBIDO: _____												
	FECHA: _____												
	HORA: _____												

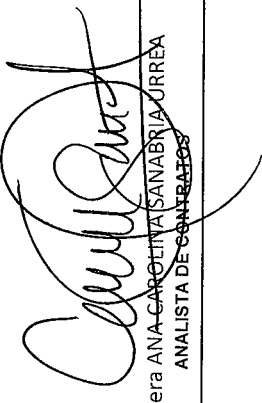


Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal --
Comprobante

Usuario Solicitante: MHasanabri ANA CAROLINA SANABRIA URREA
Unidad ó Subunidad: 16-01-02-039 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN
Ejecutora Solicitante:
Fecha y Hora Sistema: 17/05/2022 12:00:00 p. m.

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
Número.:	38922	Fecha Registro:	2022-05-17	Unidad / Subunidad
Estado.:	Generado	Valor Inicial:	41,098.218,00	Valor Actual:
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO				
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO			
Q39B SERVICIOS DE PERSONAL	A-02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TÉCNICOS			
		FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION
		Total:	41,098.218,00	0,00
				41,098.218,00

Objeto:	MEDICO ESPECIALISTA III
---------	-------------------------


Patrullera ANA CAROLINA SANABRIA URREA
ANALISTA DE CONTRATOS


Capitan WALTER PARAZONA SUAREZ
JEFE AREA ADMINISTRATIVA RASES No. 1

Firma Responsable



REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N. 1

Nit: 900336524

Página 1 de 2

17/05/2022 18:34:46

V. 5000

SECCIONAL SANIDAD BOGOTA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 180

EL JEFE DE LA : PRESUPUESTO

CERTIFICA:

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de CUARENTA Y UN MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE *** \$41,098,218.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO MÉDICO ESPECIALISTA
III -EN SISTEMAS DE GARANTÍA CALIDAD// FECHA INIC 01 JUN 2022FFORMA EJEC 44H SEMA// PLAZO
EJECU 7M //CPC187 DEL 12 MAY 2022

Estado: AUTORIZADO

Area Solicitante: SERVICIOS DE PERSONAL SECSA MEBOG

Nombre Solicitante: TC ANA MILENA MAZA SAMPER

Fecha Solicitud: 17/05/2022

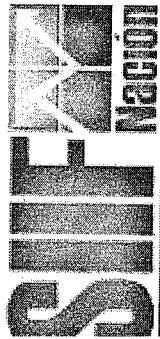
Observaciones: ..

Proyecto:

AREA	IMPUTACION PRESUPUESTAL						DESCRIPCION	VIGENCIA	VALOR
	Tpo	Cla	Cta	Scta	Obg	Ord			
01723300	0	2	020	200	8		SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	2022	\$41,098,218.00
TOTAL									\$41,098,218.00

Expedido a los 17 dias del mes de Mayo de 2022 en la ciudad de BOGOTA


Subintendente ALEJANDRA MONTAYA VALENCIA
Responsable Presupuesto RASES1



Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante: MHamontoyv ALEJANDRA MONTOYA VALENCIA
Unidad 6 Subunidad REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 1
Ejecutora Solicitante:
Fecha y Hora Sistema: 17/05/2022 12:00:00 p. m.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Insuscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Ítem:	36522	Fecha Registro:	2022-05-17	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-039 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 1
gencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado	Tipo:	Gasto
Valor Inicial:	41.098.218,00	Valor Total Operaciones:		Valor Actual:	0,00
				Saldo x Comprometer:	41.098.218,00
				Uso Caja Menor	Ninguno
				Saldo x Comprometer:	41.098.218,00
				Vr. Bloqueado	0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

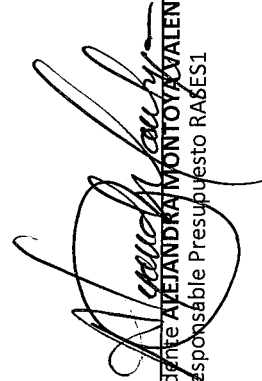
AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS

Ítem:	38922	Fecha Registro:	2022-05-17	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	
-------	-------	-----------------	------------	---------	--	----------------------------	--	-------------------	--

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
9B SERVICIOS DE PERSONAL	A-02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS	Nación	16	SSF						
Total:						41.098.218,00	0,00	41.098.218,00	41.098.218,00	0,00

Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como médico especialista III - EN SISTEMAS DE GARANTÍA CALIDAD// FECHA INIC 01 JUNI 2022// FORMA EJEC 44H SEMA// PLAZO EJECU 7M //CPC187 DEL 12 MAY 2022


Subintendente ALEJANDRA MONTOYA VALENCIA
Responsable Presupuesto RA6ES1