

Cartagena de Indias D.T. Y C., 11 de septiembre 2023

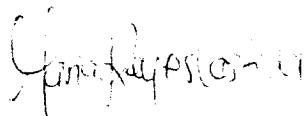
Coronel  
WHARLINTON IVAN GUALDRON GUALDRON  
Comandante de Policía Metropolitana de Cartagena de Indias  
Calle Real N°24-03  
Ciudad

Respetado Coronel:

Con el presente me permito manifestar de la forma más respetuosa mi deseo de prestar mis servicios profesionales como Enfermera Jefe en la unidad prestadora de Salud Bolívar- Policía Metropolitana de Cartagena de Indias, para tal efecto me acogeré a los honorarios y horarios establecidos por la Entidad.

Agradeciendo su amable atención.

Cordialmente,



María Teresa Reyes Castilla  
Cedula de Ciudadanía 1.047.505.946 de Cartagena-Bolívar



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>Reyes</b>		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>Castilla</b>		NOMBRES <b>Manica Teresa</b>		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <b>1047505946</b>		SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		PAÍS <b>Colombia</b>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO _____ D.M. _____						
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <b>27</b> MES <b>11</b> AÑO <b>1998</b> PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>Bolivar</b> MUNICIPIO <b>Cartagena</b>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>Bolivar</b> MUNICIPIO <b>Cartagena</b> TELÉFONO <b>3106708340</b> EMAIL <b>maricaterc27@hotmail.com</b>			

## 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: <b>Bachiller Académico</b>				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	<input checked="" type="checkbox"/>	6o.	7o.	8o.	9o.	10	<input checked="" type="checkbox"/>	MES	<b>07</b>	AÑO	<b>2016</b>

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
**TC** (TÉCNICA),      **TL** (TECNOLÓGICA),      **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA),      **UN** (UNIVERSITARIA),  
**ES** (ESPECIALIZACIÓN),      **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER),      **DOC** (DOCTORADO O PHD),  
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<b>UN</b>	<b>09</b>	<input checked="" type="checkbox"/>		<b>Enfermero</b>	<b>08</b>	<b>2021</b>	<b>1047505946</b>

ESPECÍFIQUE 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.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>Sanidad Policía Nacional</b>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <b>Colombia</b>
DEPARTAMENTO <b>Bolivar</b>	MUNICIPIO <b>Cartagena</b>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="07"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>Enfermera Jefe</b>	DEPENDENCIA <b>POMED</b>		DIRECCIÓN <b>Manga Cll Real N° 24-03</b>
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
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**

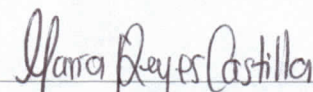
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		9 meses
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		9 meses
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>		

**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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA REPUBLICA DE COLOMBIA



**El Ministerio de Educación Nacional**  
y en su nombre el

**INSTITUTO CENTRAL DE COLOMBIA PARA  
ADULTOS**

**Jornada Diurna**

*Aprobado por medio de la Resolución No. 8710 de 02 de Noviembre del 2016, emanada de la Secretaría de Educación Distrital, para los Niveles de Educación Básica Secundaria y Media Formal de adultos.*

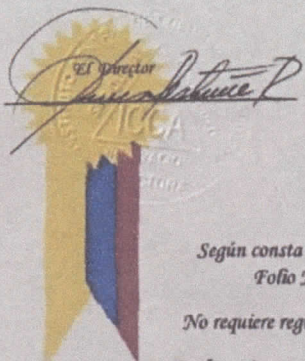
Confiere a:

**MARIA TERESA REYES CASTILLA**  
Identificada con la C. de C. No 1.047.505.946 de Cartagena (Bolívar)

el Título de:

**Bachiller Académico**

*Por haber cursado y aprobado los ciclos correspondientes al nivel de Educación Básica y Media Académica, según los planes, programas y normas vigentes establecidas en la Ley 115 de 1994 y su respectiva reglamentación, en especial por lo dispuesto en los Decretos No. 1860 de 1994 y 3011 de 1997, emanada del Ministerio de Educación Nacional.*



La Secretaria  
*Julio Tamas R*

Según consta en el Acta General de Graduación No. 039 del 2016  
Folio No. 097 Del Libro de Registro No. 002

No requiere registro según Decreto No. 921 de mayo 6 de 1994 del M. E. N.

Dado en Cartagena de Indias a los Quince (15) días del mes de Enero del 2019.

Bachillerato Flexible  
Semipresencial

Jornadas:  
Diurna y Sabatina



REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR

ACTA DE GRADO No 039

**INSTITUTO CENTRAL DE COLOMBIA PARA ADULTOS**

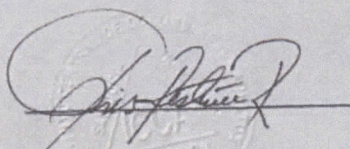
**APROBADO POR RESOLUCION No 3710  
DE Noviembre 02 De 2016**

El día 15 DE JULIO DEL 2016 en Cartagena Departamento de Bolívar, en el Colegio de Bachillerato por Ciclos Semipresencial **INSTITUTO CENTRAL DE COLOMBIA PARA ADULTOS** se celebró la proclamación de Bachilleres Académicos.

Se otorgó dicho título a: MARIA TERESA REYES CASTILLO

Con documento de Identidad No. 1.047.505.946 de Cartagena (Bolívar)

El acto fue presenciado por:

  
Directora



  
Secretaria



**UNIVERSIDAD DEL SINU**  
Eliás Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR  
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

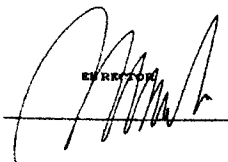
# María Teresa Reyes Castilla

IDENTIFICADO(A) CON LA CÉDULA DE CIUDADANIA NO. 1.047.505.946 DE CARTAGENA, ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

## Enfermero

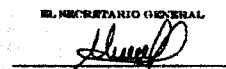
CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE CARTAGENA

A LOS 26 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2021

EL RECTOR  


EL VICERRECTOR  


EL DECANO  


EL SECRETARIO GENERAL  




**UNIVERSIDAD DEL SINÚ**

**Eliás Bechara Zainúm**

Resolución del Ministerio Educación 487329 de Diciembre de 2004  
M.E. N.º 89100082 - 1

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

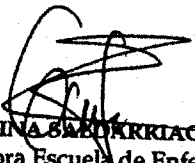
**ACTA DE GRADO N° 038**

En la ciudad de Cartagena a los veintiséis (26) días del mes de agosto de dos mil veintiuno (2021), se realizó la graduación en Ceremonia Solemne a solicitud del Director de la Escuela de Enfermería a la Rectoría, quien autorizó el acto mediante Resolución N° 048 del 12 de agosto de 2021 por medio de la cual, otorga de acuerdo a la Ley y a los Estatutos de la Institución, el título de **ENFERMERO** al Estudiante **MARÍA TERESA REYES CASTILLA** portador de la Cédula de Ciudadanía N°. 1.047.505.946 de Cartagena a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de la profesión de **ENFERMERO** según las disposiciones vigentes.

Para constancia se firma la presente acta.

  
**ROLANDO BECHARA CASTILLA**  
Rector

  
**MARÍA ANGÉLICA NARVÁEZ GONZÁLEZ**  
Secretaria Jurídica

  
**GUILLERMINA SAAVEDRA GENNES**  
Directora Escuela de Enfermería  
**SECCIONAL CARTAGENA**

Avenida al Bosque transversal 54 N° 30 - 729 Teléfonos: (57) (5) 6517013 Cartagena de Indias

0168947





GOBIERNO  
DE COLOMBIA



La salud  
es de todos

Minsalud



**ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA**

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

**ENFERMERA**

**MARÍA TERESA REYES CASTILLA**

**C.C. 1.047.505.946**

**Universidad Del Sinu**

**Cartagena**

**Fecha de Expedición Diploma: 26/08/2021**

**Fecha de inscripción en Rethus: 5/08/2022**



50979

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

[www.oceinfo.org.co](http://www.oceinfo.org.co)

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA TERESA REYES CASTILLA identificado(a) con CC 1047505946 registra la siguiente información:

2023-09-05--6:54:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2022-08-05	1047505946	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA NO APLICA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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



## TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

*“Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”*

---

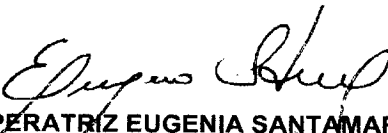
### **HACE CONSTAR QUE:**

La enfermera **MARÍA TERESA REYES CASTILLA** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.047.505.946, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintiocho (28) días del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

  
**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**  
Abogada Secretaria



**ENTHA** EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN  
PARA EL TALENTO HUMANO  
Centro Internacional De Entrenamiento  
En Emergencias Y Urgencias.

**LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN  
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA**

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE

**MARIA TERESA REYES CASTILLA**  
C.C. N° 1047505946

CURSÓ Y APROBÓ EL

**Curso de Soporte Vital Básico y Soporte Vital Avanzado (BLS-ACLS) para Profesionales en Salud.**

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capítulo y numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R. American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 20 De Diciembre De 2021


Con una intensidad horaria de 48 horas académicas

REG:  
f05850a91b1ff62d



www.enthaltda.com.co

  
DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA  
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

  
MD. FACs ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA  
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

  
MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO  
PRESIDENTE ACCAS



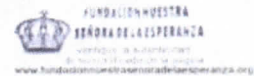


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

**Certifica**  
**María Teresa Reyes Castilla**  
**CC 1047505946 de Cartagena**

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2023-04-17  
Fecha de vencimiento: 2025-04-17



ING. SOLANLLY COVALEDA  
Representante Legal.

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

**Certifica**  
**María Teresa Reyes Castilla**  
**CC 1047505946 de Cartagena**

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-13  
Fecha de vencimiento: 2025-09-13



ING. SOLANLLY COVALEDA  
Representante Legal.

DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3206  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**MARÍA TERESA REYES CASTILLA.**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.047.505.946**

Asistió al Curso de:

**GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE CARTAGENA A LOS 12 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**IMAVSS**

**Dancy Sidney Monje Pérez**  
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
DECRETO 2161 DE 1986 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. DECRETO 376 DEL 2002 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO: [certificacion@imavss.com](mailto:certificacion@imavss.com) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 425 9502

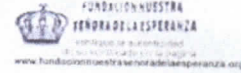


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

**Certifica**  
**María Teresa Reyes Castilla**  
**CC 1047505946 de Cartagena**

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Comunitario con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-12  
Fecha de vencimiento: 2025-09-12



ING. SOLANLLY COVALEDA  
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**MARÍA TERESA REYES CASTILLA.**


**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.047.505.946**

Asistió al Curso de:

**ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA CLÍNICO (AIEPI)**

**Con una intensidad horaria de 70 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE CARTAGENA A LOS 10 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2022. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

  
Carlos Andrés Losada Mejía  
GERENTE GENERAL



  
Dancy Sidney Monje Pérez  
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
DECRETO 2463 DE 1986 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 576 DEL 2003 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [academico@imavss.com](mailto:academico@imavss.com) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 455 9590



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**MARÍA TERESA REYES CASTILLA.**


**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.047.505.946**

Asistió al Curso de:

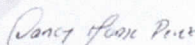
INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAM) INTEGRAL (IAM)

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE CARTAGENA A LOS 9 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2022. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

  
Carlos Andrés Losada Meñaca  
GERENTE GENERAL



  
Nancy Sidney Monje Pérez  
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
DECRETO 2199 DE 1993 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. DECRETO 176 DEL 2002 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [icadefmedico@imavss.com](mailto:icadefmedico@imavss.com) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 1500



**ENTHA** EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN  
PARA EL TALENTO HUMANO  
Centro Internación De Entrenamiento  
En Emergencias Y Urgencias.

**LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN  
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA**

NIT: 900223619-0



CERTIFICA QUE

**MARIA TERESA REYES CASTILLA**  
C.C. N° 1047505946

CURSO Y APROBÓ EL

**Curso de Seguridad del Paciente**

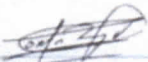
Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capítulo y numeral 8 del ministerio de educación nacional. Según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 20 De Diciembre De 2021

Con una intensidad horaria de 24 horas académicas


REG:  
0eb0b132cb53643f



www.enthaltda.com.co

  
DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA  
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

  
MSc. FACs ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA  
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

  
MSc. JIMMY LARIOS HELENO  
PRESIDENTE ACCAS





Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

## El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**MARIA TERESA REYES CASTILLA**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1047505946*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Medellín, al primer(1) día del mes de noviembre de dos mil veintidos (2022)*

Firmado Digitalmente por

NORA LUZ SALAZAR MARULANDA  
Subdirectora  
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD  
REGIONAL ANTIOQUIA

86644470 - 01/11/2022  
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9401902645390CC1047505946C.

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

NÚMERO **1.047.505.946**

**REYES CASTILLA**

APELLIDOS **MARIA TERESA**

NOMBRES

*Maria Teresa Reyes C.*  
FIRMA



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-NOV-1998**

**CARTAGENA**  
**(BOLIVAR)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.57**      **O+**      **F**  
 ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**29-NOV-2016 CARTAGENA**  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Juan Carlos Galindo Yacna*  
REGISTRADOR NACIONAL  
 JUAN CARLOS GALINDO YACNA



P-0500100-00883139-F-1047505946-20170215      0053622479A 1      47017667

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

14947732576



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)  6. DV  12. Dirección seccional  14. Buzón electrónico

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente  25. Tipo de documento  26. Número de Identificación  27. Fecha expedición

Lugar de expedición  28. País  29. Departamento  30. Ciudad/Municipio  001

31. Primer apellido  32. Segundo apellido  33. Primer nombre  34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País  39. Departamento  40. Ciudad/Municipio  001

41. Dirección principal

42. Correo electrónico

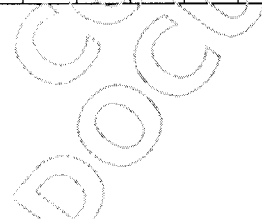
43. Código postal  44. Teléfono 1  45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

Actividad económica					Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	
<input type="text" value="8692"/>	<input type="text" value="20210829"/>						

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código  49 - No responsable de IVA



Obligados aduaneros										Exportadores											
54. Código <input type="text" value=""/>										55. Forma <input type="text" value=""/>		56. Tipo <input type="text" value=""/>		Servicio <input type="text" value=""/>		1 <input type="text" value=""/>		2 <input type="text" value=""/>		3 <input type="text" value=""/>	
11 <input type="text" value=""/> 12 <input type="text" value=""/> 13 <input type="text" value=""/> 14 <input type="text" value=""/> 15 <input type="text" value=""/> 16 <input type="text" value=""/> 17 <input type="text" value=""/> 18 <input type="text" value=""/> 19 <input type="text" value=""/> 20 <input type="text" value=""/>										57. Modo <input type="text" value=""/>		58. CPC <input type="text" value=""/>									

**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  60. No. de Folios:  61. Fecha

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   
985. Cargo

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 05 de septiembre de 2023, a las 19:06:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1047505946
Código de Verificación	1047505946230905190606

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.



YEZID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 230747686



PIB  
19:07:49  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de septiembre del 2023

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) MARIA TERESA REYES CASTILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1047505946:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

**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>



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**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.**

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Identificación: Cédula de Identificación N.º 498414 y cédula de ciudadanía N.º 9901047505946

Cédula de Ciudadanía N.º 1047505946

Apellidos y Nombres: REYES CASTILLA MARIA TERESA

### NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES


de conformidad con el estado de la información 343 de la Comandante Policía de Colombia.

El contenido de la Sentencia S. 0453 de 21 de mayo de 2012, emitida por la Honorable Corte Constitucional, que declara que **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**, aplica para los casos de consulta en línea de antecedentes penales y para que antes la autoridad judicial no extinga o suspenda la prescripción de la pena.

Para más detalles de la suscripción de la información de antecedentes penales, consulte el artículo 343 del Decreto 2151 de 1991 y el artículo 343 del Decreto 2151 de 1991, en el artículo de antecedentes penales, en el sitio web de la Policía Nacional.

Si tiene alguna duda con el resultado consulte las **preguntas frecuentes** o escriba a las **Oficinas de Atención al Ciudadano** de la **Policía Nacional** en Bogotá.

## Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/09/2023 07:12:12 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1047505946** .

**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. **72161401** . 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.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES  
COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:


1047505946.

REYES CASTILLA MARIA TERESA

NO REGISTRA INHABILIDAD

Policia nacional sanidad

830041314-4

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>FORMATO AUTORIZACION PARA VERIFICACION DE INHABILIDAD POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES</b>	Código: 770.12.15-77
	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO	Fecha: 22/07/2020 Página 1 de 1

El (la) suscrito(a) María Teresa Reyes Castilla identificado con C.C./ C.E. No. 1047505946 expedida en Cartagena, autoriza libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas con NIT. 900490473-6, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en [www.unidadvictimas.gov.co](http://www.unidadvictimas.gov.co), manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Cartagena, el día 11 ( ) de septiembre 2023.

Firma María Teresa Reyes Castilla  
Nombre María Teresa Reyes Castilla  
Cédula 1047505946

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
01	22/07/2020	Creación del documento

## Estado de cuenta

Consulta aquí comparendos, multas y acuerdos de pago

1047505946



Resumen  
Total: \$ 0

Comparendos: 0

Multas: 0

Acuerdos de pago: 0



¿Cómo deseas visualizar el Estado de Cuenta?

ej. usuario@ejemplo.com

Enviar

Descargar paz y salvo

### No tienes comparendos ni multas registradas en Simit

El ciudadano identificado con el número de documento **1047505946** no posee a la fecha pendientes de pago por concepto de multas e infracciones en los Organismo de Tránsito conectados a Simit.

Revisa con tu número de identificación y/o placa en las Secretarías de Tránsito y verifica que no tienes obligaciones pendientes de pago.

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

ENTIDAD RECEPTORA

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, María Teresa Reyes Castilla  
 IDENTIFICADO CON: C.C.  C.E. T.I. N° 1047505946 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
 País Colombia Departamento Bolivar Municipio Cartagena  
 Dirección Buenos Aires Diagonal 49 #51-25 Teléfonos 3106708540

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Jaime Manuel Reyes Rodelo</u>	<u>7931004</u>	<u>Padre</u>
<u>Nadis Castilla Yepes</u>	<u>45759050</u>	<u>Madre</u>
<u>Mary Luz Reyes Castilla</u>	<u>1007256400</u>	<u>Hermana</u>

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	<u>2.955.282</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	<b>\$ -</b>

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLADOR O CONTRATANTE





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
República de Colombia

FORMATO

Código: FP-F-039

Datos Básicos Creación  
Beneficiario Cuenta SIIF Nación

Versión: 1

Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

CIUDAD Cartagena

FECHA 13 Septiembre 2023

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

1. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía  
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio  
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.  
Fotocopia Cédula de Ciudadanía  
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio  
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)  
Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía  
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).  
Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

2. INFORMACIÓN BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

MARCI TERESA REYES CASTILLA

Tipo documento de identificación:

Cédula de Ciudadanía:

No. 1049505946

Cédula de Extranjería:

No. \_\_\_\_\_

NIT Persona Jurídica:

No. \_\_\_\_\_

NIT Persona Natural:

No. \_\_\_\_\_

Pasaporte:

No. \_\_\_\_\_

Registro Civil:

No. \_\_\_\_\_

Tarjeta de Identidad:

No. \_\_\_\_\_

Otro Tipo Documento:

No. \_\_\_\_\_

Cuál: \_\_\_\_\_

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima

Cooperativa

Empresa Ind. Y  
Cial del Estado

Sociedad Colectiva

Empresa Unipersonal

Asociaciones  
Mutualistas

Sociedad Comandita por Acciones

Empresa Comunitaria

Fondos de  
Empleados

Sociedad Comandita Simple

Empresa de Servicio

Instituto de  
Economía Solidaria

Sociedad de Economía Mixta

Entidad Pública

Precooperativa

Sociedad de Hecho

Empresa Solidaria de Salud

Sociedad Limitada

Entidad sin Animo de Lucro

Sociedad Sucursal Extranjera

Federación o Confederación

Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)

Cooperativa de trabajo  
asociado

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO

TOTAL

\_\_\_\_\_ %

SI



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
República de Colombia

FORMATO

Datos Básicos Creación Beneficiario  
Cuenta SIIF Nación

Código: FP-F-039

Versión: 1

Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

4. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA	<input type="checkbox"/>	IMPUESTO TIMBRE	<input type="checkbox"/>
RENTA	<input type="checkbox"/>	RETENCIÓN EN LA FUENTE ICA	<input type="checkbox"/>
RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA	<input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA	<input type="checkbox"/>	RETENCIÓN EN LA FUENTE IVA	<input type="checkbox"/>
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	<input type="checkbox"/>		
INFORMACION EXÓGENA	<input type="checkbox"/>	NO CONTRIBUYENTE	<input checked="" type="checkbox"/>
REGIMEN COMÚN	<input type="checkbox"/>	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>
REGIMEN ORDINARIO	<input type="checkbox"/>	NO RESPONSABLE	<input checked="" type="checkbox"/>
ENTIDAD DEL ESTADO	<input type="checkbox"/>	RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>
AUTORRETENEDOR	SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

5. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCIÓN	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO CIVIL	<input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN PROCESAL	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO FISCAL	<input type="checkbox"/>	
DOMICILIO CONTRACTUAL	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dirección	Buenos Aires, Diagonal 49 #51-25		Teléfono	3106708540
E-mail	mariaferc27@hotmail.com		Fax	
País	Colombia		Región	Bolívar
Ciudad	Cartagena			
Localización	Nacional <input type="checkbox"/>	Extranjera		
Página Web		Contacto		
Designación del contacto		E-mail del contacto		
Apartado Aéreo				

6. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL	Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:		
Revisor Fiscal	<input type="checkbox"/>	Tutores y Curadores por los incapaces	<input type="checkbox"/>
Albaceas	<input type="checkbox"/>	Mandatarios o Apoderados Generales	<input type="checkbox"/>
Representante legal de Personas Jurídicas	<input type="checkbox"/>	Padres por su(s) hijo(s) menor(es)	<input type="checkbox"/>
Donatarios o Asignatarios	<input type="checkbox"/>	Nombre Representante Legal:	
Otros	<input type="checkbox"/>	Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

7. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:			
Entidad Financiera	Banco Davivienda	Número de Cuenta	4884183235 61
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorro <input checked="" type="checkbox"/>	Depósito Electrónico <input type="checkbox"/>

Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales

Maria Reyes Castilla  
NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: el único formato válido para la creación de cuentas bancarias de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras.

COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.047.505.946**

REYES CASTILLA

APELLIDOS

MARIA TERESA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NOMBRE

Maria Teresa Reyes C.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-NOV-1998**

**CARTAGENA**  
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.57**      **O+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**29-NOV-2016 CARTAGENA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P.0500100-00883139-F-1047505946-20170215      00536224/9A 1      47617667





## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,**

**05/09/2023**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA TERESA REYES CASTILLA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1047505946**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **0550488418323561**  
Fecha de apertura **29/12/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Cartagena, 11 de septiembre del 2023

**DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE AUSENCIA DE INHABILIDADES,  
INCOMPATIBILIDADES**

ASUNTO: Declaración Juramentada Inhabilidades e Incompatibilidades.

Yo, María Teresa Reyes Castilla, identificada como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que:

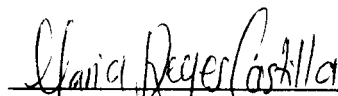
Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades Estatales de conformidad con las Leyes: art. 8 numeral 1, literal d) Ley 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia.

Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 y los efectos legales consagrados en el Art. 44 numeral. 1o. del Estatuto Contractual. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento.

Cordialmente,

FIRMA:

IDENTIFICACIÓN:

  
\_\_\_\_\_  
1047505946 de Cartagena (Bol.)

**Mi Vacuna**  
Covid-19

www.minsalud.gov.co

Y  
La salud  
es de todos

**Mi Vacuna**

Certificado de vacunación

Nombre: *Monia Teresa*  
Apellido: *Perez Castilla*

Identificación: *1047305946*

Fecha de nacimiento: *27* de *11* de *1998*

Fecha	Marca	Fabricante	Identificación	IPS vacunadora	Nombre de IPS	Celular
<i>17-04-2021</i>	<i>PFIZER</i>	<i>EMM47</i>	<i>CCM</i>	<i>Nival Pérez</i>	<i>45572317</i>	
<i>16-05-21</i>	<i>PFIZER</i>	<i>ET6974</i>	<i>CCM</i>	<i>Nival Pérez</i>	<i>45510317</i>	
<i>05-22</i>	<i>PFIZER</i>	<i>210958</i>	<i>Red PLUS</i>	<i>Domingo Cavarca</i>	<i>AUXILIAR DE ENFERMERIA</i>	<i>CC 73.118.626</i>



**CARNET DE VACUNACION**  
**No. 616**

**CENTRO DE VACUNAS VACUNET S.A.S.**  
 COMPROMISO CON LA VIDA  
 VIGILADO SuperSalud

Nombre: María Teresa Reyes Castilla  
 D.I.: 1047 505 946  
 Tel/Cel: 310 434 5967

NOMBRE: María Reyes IDENTIFICACION: 1047 505 946

VACUNAS	BIOLOGICO	DOSIS	FECHA APLICACION			LOTE	FIRMA Y SELLO
			DD	MM	AA		
TETANO Td Dpta		1era					
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
		Ref. 2					
HEPATITIS B	<u>Engeniv</u>	1era					
		3era					
		Ref. 1					

**10 FEB. 2018** **ABRIL** **VIGILADO**

Ministerio de la Protección Social  
 República de Colombia

LIBERTAD Y ORDEN

**Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombres: María Teresa  
 Apellidos: Reyes Castilla  
 Documento de identidad:  CC  TI  PASA  PORTE  No. 980127-18052  
 Fecha de Nacimiento: Día: 27 Mes: 11 Año: 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	<u>21/09/11</u>	<u>012M900</u>	<u>Luisa</u>
Toxoide Tetánico		<u>12/12/07</u>	<u>02481007C</u>	<u>Luisa</u>
Diférico Td	3	<u>13 FEB. 2018</u>	<u>0225</u>	<u>Luisa</u>
Contra Hepatitis B	1	<u>26/04/14</u>	<u>221502016</u>	<u>Johanna</u>
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Flebre Amarilla	<u>30.08.2003</u>	<u>dosis unica</u>	<u>dos años</u>	<u>Luisa</u>
Contra Influenza				
Otras	<u>11-12-08</u>	<u>S.P. 0305140128W1300Z</u>		<u>Johanna</u>

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ULTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	0	0	0	0	0
Solicitudes	En estado	Administraciones pendientes	Instrucciones directas	Instrucciones enviadas		

Sugerencias SECOP



# Mantenimiento en SECOP II

Desde  
Sábado 5 de agosto a las 00:01 a.m

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.  
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa.  
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario' > 'Mis registros'

Mensajes Todos

Sin mensajes... Más información

Oportunidades de negocio Recibidas

Bogotá, Septiembre / 4 de 2023



Señor (a): MARIA TERESA REYES CASTILLA  
CC. 1047505946  
BARRIO BUENOS AIRES DG 49 51 25  
CARTAGENA

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 1 de 2014, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

**CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresar a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co) Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co)** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL  
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

**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:**

**MARIA TERESA REYES CASTILLA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.505.946**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



No. GS-2023-

-DEBOL / GUSAP – TAHUM – 29.25

549551275

Cartagena de Indias D. T y C, 28 de agosto de 2023

Señor coronel  
WHARLINTON IVAN GUALDRON GUALDRON  
Comandante Policía Metropolitana de Cartagena  
Manga Calle Real N°24-03  
Cartagena de Indias, Bolívar

Asunto: Solicitud estudio de confiabilidad

Respetuosamente me permito solicitar a mi Coronel, estudiar la posibilidad de ordenar a quien corresponda se realice el estudio de confiabilidad al personal profesional que más adelante se relaciona, toda vez que se tiene previsto realizar la prórroga de contratación de profesionales en la Unidad Prestadora de Salud Bolívar y dar cumplimiento a lo ordenado, de acuerdo comunicaciones oficiales GS-2023-004891-REGI8 y GS-2023-007462-REGI8 y ratificado en la unidad mediante comunicado oficial GS-2023-046344-DEBOL.

APELLIDOS Y NOMBRES	CEDULA	PROFESIÓN
SARAY PATRICIA ROMERO OLIVERA	45 581 765	MEDICO GENERAL
NATALIA CAMILA CARRILLO ROMERO	1 022 368 558	MEDICO GENERAL
MARYORIS MICHELL FUENTES PELUFFO	1 143 396 876	FONOAUDIOLOGA
FRANCIA HELENA ANGULO SANTOS	45.688 346	TECNICO CONTABLE
DAYANA CAVADIA VILLAREAL	1.003 733 395	INGENIERA AMBIENTAL
EVERENIS DEL CARMEN GALERA PACHECO	1 045 731.372	FISIOTERAPEUTA
MARIA TERESA REYES CASTILLA	1 047 505 946	ENFERMERA JEFE
JENNIFER RAMIREZ RODRIGUEZ	1 051 890 412	ENFERMERA JEFE
GEBRAN OKE ANGULO	1 047 486 945	MEDICO GENERAL
RINA MARCELA MONTES CHICO	1.235.042.582	PSICOLOGA
SEBASTIAN RAMOS ZAMORA	1.143.413.154	MEDICO GENERAL
LAURA ISABEL JULIO NIÑO	1 143 389 447	ENFERMERA JEFE
ALDO JOSE BUELVAS DONADO	1 040 748 980	MEDICO GENERAL
ANA MILENA HERNANDEZ CHARRIS	1.143.334.686	MEDICO GENERAL
LISETH DAYANA ESMERAL SALCEDO	1 007 974 189	TECNICO ADMINISTRATIVO
CARMEN JANNETH VELASQUEZ QUINTERO	1.143.375.896	RESPONSABLE SGSST
RITA ISABEL NAVARRO GAMARRA	1 143.135.347	PSICOLOGA
YESICA PAOLA MONTES JASPE	1 049 483.669	ENFERMERA JEFE
NATALIA MACIAS VILLADIEGO	1 143 341 182	PSICOLOGA
ELIANA MARIA RODRIGUEZ MORALES	40 799 017	TERAPEUTA RESPIRATORIO

Por lo anterior se envía el formato "Componente Biográfico para estudio de confiabilidad a personal natural" debidamente diligenciado con los soportes requeridos.

Atentamente,

Capitán, **JAIRO ALBERTO LOPEZ VIRGUEZ**  
Jefe Unidad Prestadora de Salud Bolívar

Elaboró:  Milton César Narváez Torres  
UPRES TAIKUN

Revisó:  Capitán Jairo Alberto López Virguez  
UPRES JEFAT

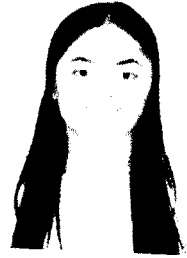
Fecha de elaboración: 28-08-2023  
Ubicación: D:\Datos\Personal Contratista

Manga Calle Real 24-03  
Teléfonos 6609340 IP. 5606  
[atp@policia.gov.co](mailto:atp@policia.gov.co)  
[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)





**POLICÍA NACIONAL**  
**DIRECCIÓN DE INTELIGENCIA POLICIAL**  
**COMPONENTE BIOGRÁFICO PARA ESTUDIO DE CONFIABILIDAD A**  
**PERSONA NATURAL**



El presente documento debe ser diligenciado en su totalidad por el aspirante sin omitir información, por lo cual se hace necesario que las respuestas sean claras, detalladas, puntuales, y específicas.

Cualquier inexactitud en los datos suministrados ocasionará la anulación en el proceso de selección.

CIUDAD Y FECHA		Cartagena 24/08/2023				
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>						
Primer Apellido			Segundo Apellido			
Rojas			Castilla			
Nombres Completos			Maria Teresa			
Cédula de Ciudadanía No.	Estado civil	Edad	Teléfono fijo	Teléfono celular		
1047505146	Soltera	24		3100708540		
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento		Licencias de conducción			
Cartagena	Día: 27	Mes: 11	Año: 1998	SI <input type="checkbox"/> No. <input checked="" type="checkbox"/>		Categoría
Email: maritero27@hotmail.com			Vehículo No:			
			Motocicleta No:			
Dirección de la residencia		Diagonal 49 #54-25				
Barrio	Buenos Aires	Estrato	3	Ciudad	Cartagena	
<b>II. INFORMACION ACADEMICA</b>						
BACHILLERATO	Nombre del Establecimiento		Instituto Central de Colombia para la Paz			
Ciudad	Cartagena	Departamento	Bolívar	Modalidad	Divina	Año
						2015
<b>ESTUDIOS PROFESIONALES, TECNOLÓGICOS O TÉCNICOS</b>						
Carrera	Fecha			Ciudad	Plantel Educativo	Título Obtenido
	Inicio	Termino	Graduado			
Enfermería	2016	2021	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cartagena	Universidad del Sinú	Enfermero
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Otros Estudios y Cursos Realizados	Ciudad	Título obtenido	Fecha de Inicio	Fecha de termino	Graduado	Plantel Educativo
Diplomado	Cartagena	Atención Primaria en Salud	2021	2021	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Universidad del Sinú
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>III. INFORMACIÓN ECONÓMICA</b>						
CRÉDITOS	No. de cuotas			Otros Ingresos: \$		
	Valor Cuota			Por concepto:		
	Finaliza			Entidad financiera		
	No. de cuotas			Otros Ingresos: \$		
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Valor Cuota			Por concepto:		
	Finaliza			Entidad financiera		

Tarjetas de Crédito: SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/>		Cuota Mensual		Cupo Total
Entidad	Numero			
PROPIEDADES		Dirección	Ciudad	No. Escritura
Apartamento				Valor
Casa (s)				
Finca				
Otros Bienes				
Vehículo o Motocicleta	Marca	Año modelo	Placa	Valor

4. INFORMACIÓN LABORAL

Fecha de Ingreso a la empresa	Diciembre 2022		
Ciudad donde labora	Cartagena	Cargo	Enfermera
Nombre del Jefe Inmediato:	Dr Leonel Sanchez Martinez		Tiempo en el cargo
Dirección de la empresa:	Manoza Calle Real #24-03		

DONDE HA LABORADO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

Año	Entidad	Cargo	Nombre completo del Jefe Inmediato	Teléfono o celular

5. INFORMACIÓN FAMILIAR

	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	No. Documento	Edad
Padres	Jaime Manuel Reyes Rodero	7931004	57
	Nadis Castilla Lopez	45759050	46
	Mary Luz Reyes Castilla	1007256406	22
Hermanos			
Cónyuge			
Hijos			

¿Está separado(a) o ha tenido hijos con personas con las que ya no convive diligencie :

Apellidos y nombres	No. Identificación	Ocupación	Ciudad	Tiempo de la Separación

En caso de que alguno de sus familiares este fallecido especificar la causa:

Fallecidos: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_  
 Parentesco: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_

Tiene familiares en el Registro Nacional: SI  NO

Sr	Servicio		Apellidos Nombres	Cedula	Parentesco	Unidad
	A	B				

Tiene usted algún familiar que tenga o halla tenido antecedentes penales o contravencionales : SI  No

Parentesco: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Delito: \_\_\_\_\_

**G. INFORMATIVOS , CAUSAS PENALES, SUSPENSIONES Y EMBARGOS CONTRA LA PERSONA OBJETO DE ESTUDIO**

Autorizo de manera expresa y voluntaria, a la Dirección de Inteligencia Policial realizar el tratamiento de mis datos personales, con la finalidad de ser tratados, consultados y verificados, en virtud del estudio de confiabilidad.

SI  NO

Los principios sobre protección de datos serán aplicables a todas las bases de datos, incluidas las excepciones y sin reñir con los datos que tienen características de estar amparados por la reserva legal. En el evento que la normatividad especial que regule las bases de datos exceptuadas prevea principios que tengan en consideración la naturaleza especial de datos, los mismos aplicarán de manera concurrente.

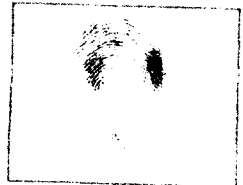
Cabe señalar que, los servidores públicos de los organismos que desarrollen actividades de inteligencia y contrainteligencia, los funcionarios que adelanten actividades de control, supervisión y revisión de documentos o bases de datos de inteligencia y contrainteligencia, y los receptores de productos de inteligencia, se encuentran obligados a suscribir acta de compromiso de reserva en relación con la información de que tengan conocimiento. Quienes indebidamente divulguen, entreguen, filtren, comercialicen, empleen o permitan que alguien emplee la información o documentos reservados, incurrirán en causal de mala conducta, sin perjuicio de las acciones penales a que haya lugar.

Por Decreto Legales: Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2015

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES , CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5 LEY 190/95).

HUELLA  
INDICE DERECHO

*Maria Reyes Cortés*  
FIRMA Y POST FIRMA DEL EVALUADO



Nota: la información suministrada es de exclusivo manejo de uso institucional

## GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO

La información requerida en el formato de componente biográfico para estudio de confiabilidad deberá ser diligenciada en lapicero de tinta negra con letra legible o de manera virtual.

**Encabezado:** se describirá la información de la unidad responsable de realizar el estudio de confiabilidad.

**Fotografía:** se anexará la fotografía de la persona objeto de estudio tamaño 3x4.

**Ciudad y fecha:** se registrará el lugar y fecha de diligenciamiento del formato.

**1. Datos de identificación:** los siguientes campos serán de obligatorio diligenciamiento por parte de la persona objeto de estudio de forma clara y sin enmendaduras:

- ✓ Nombres y apellidos completos
- ✓ Cédula de ciudadanía
- ✓ Estado civil
- ✓ Edad
- ✓ Teléfono celular
- ✓ Lugar de nacimiento y fecha
- ✓ Titulo de formación
- ✓ Dirección de residencia, barrio, estrato y ciudad

**2. Información académica:** se deberá registrar la información relacionada con los estudios académicos, secundarios, profesionales, tecnológicos o técnicos.

**3. Información económica:** el titular deberá relacionar el salario devengado en la actualidad y los devengados por préstamos bancarios con entidades financieras; así mismo, registrará los bienes de propiedad.

**4. Información laboral:** se plasmará la información laboral de la persona objeto de estudio, relacionando las unidades e entidades en las cuales se desempeñó.

**5. Información familiar:** la persona objeto de estudio **diligenciará en su totalidad** los campos (nombres y apellidos completos, identificación, edad y abonado telefónico) de su núcleo familiar (padres, hermanos, cónyuge e hijos) de forma clara y sin enmendaduras.

De igual manera, informará si ha tenido hijos fuera de la relación actual o algún familiar ha presentado muerte violenta, especificando su causa. Además, deberá indicar si algún miembro de la familia labora en la Policía Nacional.

**6. Informativos, causas penales, suspensiones y embargos contra la persona objeto de estudio:** se deberá informar si registra algún proceso penal o disciplinario. Además, de manera voluntaria autorizará a la Dirección de Inteligencia Policial para el tratamiento de la información suministrada.

**Huella:** Colocar la huella dactilar del índice derecho de la persona objeto de estudio de forma legible.

**Firma y post firma del evaluado:** relacionar los nombres y apellidos de forma clara, registrando la firma del titular que certifique la veracidad de la información diligenciada en el formato.

**Nota:** en cualquier caso que la información solicitada no se encuentre diligenciada en su totalidad, no se adelantará el estudio de confiabilidad correspondiente.

COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.047.505.946**

**REYES CASTILLA**

APELLIDOS

**MARIA TERESA**

NOMBRES

*Maria Teresa Reyes C.*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-NOV-1998**

**CARTAGENA**  
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.57**      **O+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**29-NOV-2018 CARTAGENA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-0500100-00883139-F-1047505946-20170215      0053622479A 1      47617667