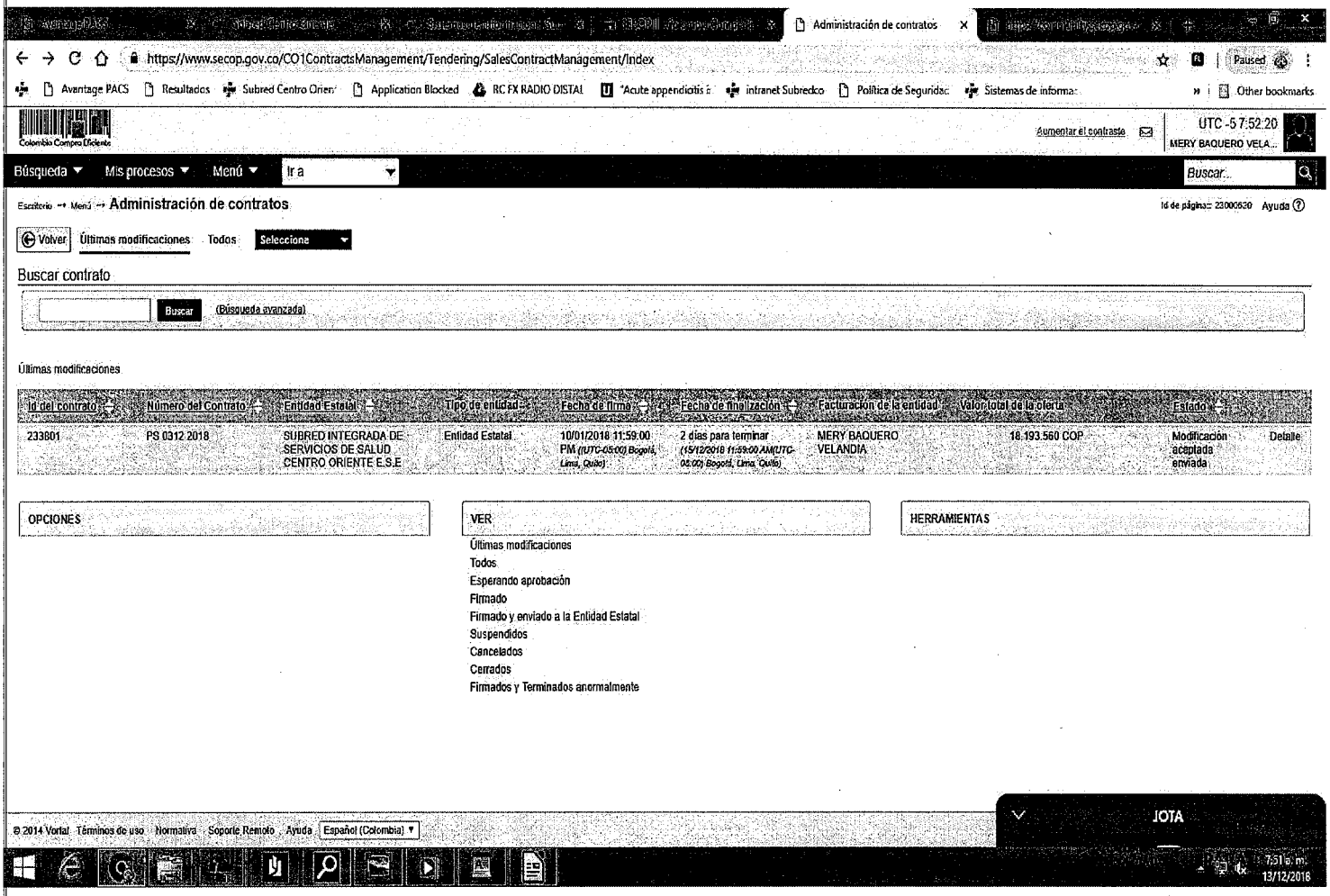


Scanned by CamScanner


Administración de contratos
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index
Aventage PACS
Resultados
Subred Centro Orien
Application Blocked
RC FX RADIO DISTAL
"Acute appendicitis i
intranet Subredco
Política de Seguridac
Sistemas de informa
Other bookmarks
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 7:52:20
MERY BAQUERO VELA...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Id de página: 23000620
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
233801
PS 0312 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
10/01/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
2 días para terminar (15/12/2018 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
MERY BAQUERO VELANDIA
18.193.560 COP
Modificación aceptada enviada
Detalle
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
7:51 a. m.
13/12/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BAQUERO	VELANDIA	MERY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52063049

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 16 MES SEP AÑO 1972

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Carrera 98b n° 71-49 sur Bloque 1casa 8

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 7529736

EMAIL: merybaquero@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO: bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES: DICIEMBRE AÑO: 1992
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJET PROFESIONA
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	1999	52063049

Scanned by CamScanner

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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 13-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital San blas	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@hospitalsanblas.gov.co	
TELÉFONOS: 2821100	*FECHA DE INGRESO*: DIA 26 MES 8 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 8 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: auxiliar de enfermeria	*DIRECCIÓN*: calle 175sur san cristobal	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: fundacion leonor geoelkel	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 6180902	*FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 2 AÑO 2008	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 7 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO: auxiliar deenfermeria	*DEPENDENCIA*: Auxiliar de enfermeria	*DIRECCIÓN*: autopista norte 103 35	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	1	0
PRIVADO	0	5
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Ultima Actualización: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MERY BAQUERO VELANDIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 52063049 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Carrera 98b n° 71-49 sur Bloque 1casa 8 **Teléfonos** 3222958639 7529736

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUISA FERNANDA HERRERA BAQUERO	1024579566	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.295.200,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.295.200,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008480366585	20 DE JULIO	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Ultima Actualización: 14-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Colegio Cooperativo Altamira y Barrios Sur Orientales

Jornada Nocturna

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C. según Resolución No. 1786 del 4 de Octubre de 1991

Confiere a :

Mery Baquero Velandia

52.063.049 de Bogotá D.E.

el Título de:

Bachiller Académico

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

Juan Fredy Rodríguez

Rector

María del Carmen Rojas Rodríguez

Secretario

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 5 de Diciembre de 1992

Anotado al folio 58-B del Libro de Registro número 84

Secretario de Educación

La República de Colombia

y en su nombre el

Centro de Prevención y Educación en Salud

PREDESALUD

Instituto de Educación No Formal
Debidamente autorizado por la Secretaría de Educación del Distrito Capital según Resolución N°8679 del 9 de Diciembre de 1997,
Y acuerdo N°20 del 11 de Julio de 1997 del Ministerio de Salud
Otorga el presente

Certificado de Técnico Laboral

a

Mery Baquero Velandia

c.c. N°52.063.049 de Bogotá D.E

En la Especialidad de

Auxiliar de Enfermería

En Santafé de Bogotá, a los 18 días del mes de Diciembre de 1999.

Director

Secretaria

Coordinador Académico

Acta de Grado

Inscripción S.E. 3005

DANE 311001001642

En la ciudad de Bogotá D.C. a los Cinco. x. x (05) días del mes de Diciembre del año 1992 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de ultimo grado, los suscritos Rector (a) y Secretario (a) en la rectoría del COLEGIO COOPERATIVO ALTAMIRA Y BARRIOS SUR ORIENTALES. x. x. x. x. x. x. x. x. x. x. x. x. x. x. x. Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por Secretaría de Educación del Distrito Capital para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según Resolución No. 7528 del Veinte(20) de Noviembre. x del año 1998.x Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media VOCACIONAL. x. se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

B A C H I L L E R A C A D E M I C O

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

MERY BALUERO VELANDIA
C.C.No.52.063.049 Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del acta original general No. 06 de fecha XII/05/92 que consta de 45 alumnos que comienza con el nombre de FABIOLA ACEVEDO VARGAS. x. x. x. x. y se cierra con el nombre de MARIA CRISTINA SALCEDO MARTINEZ.x. x. x. x. firmado y sellado por JORGE ROBERTO AMAYA PAVA. x. x. x. x. (Rector) (a) y SULLY VANESA CRISTANCHO CIFUENTES. . x. x. x. x. (Secretario) (a)

Dada en Bogotá D.C. a los Veinticuatro (24) días del mes de Febrero.x. del año 2011

Firmado y Sellado

RECTORIA COLEGIO COOPERATIVO ALTAMIRA Y BARRIOS SUR ORIENTALES

Rector (a) o Director (a).

C.C. No. 19.246.128

DUPLICADO

SECRETARIA BOGOTA D.C.

Secretario (a)

C.C. No. 52956604-BTA

Diploma No. _____

Centro de Prevención y Educación en Salud

PREDESALUD

Acta de Grado No 005

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. el día 18 del mes de Diciembre de 1999, se llevó a cabo el acto de Graduación, presidido por el Doctor Joselin Ardila González, director de la Institución, en el cual el Centro de Prevención y Educación en Salud ***"PREDESALUD"****, autorizado para el efecto según resolución No. 8679 del 9 de Diciembre de 1997 de la Secretaría de Educación del D.C. y de conformidad con el acuerdo ejecutivo No. 20 del 11 de Julio de 1997 del Ministerio de Salud, y previo el juramento reglamentario, confirió el CERTIFICADO DE:*

TECNICO LABORAL

A: BAQUERO VELANDIA MERY

En la especialidad de: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificado con c.c No. 52.063.049 Expedida en: Bogotá D.E. Quien cumplió con los requisitos académicos y con las exigencias establecidas en los reglamentos de la Institución; y le otorgó el certificado No. 0125 que lo acredita como tal.

En fé de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de Diciembre de 1999.

Firmado por :

Director

Coordinador Académico

Secretario Académico

EL SUSCRITO SECRETARIO ENCARGADO DEL CIRCULO DE SANTAFE DE BOGOTA, HAGO CONSTAR QUE ESTA COPIA FOTOSTATICA CONCIDE CON EL ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA

28 DIC 1999

PABLO MENDEZ BARAJAS

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

SANTAFE DE BOGOTA D.C.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE DIABETES
Ciencia y Servicio

Con el aval de la

FEDERACIÓN DIABETOLÓGICA COLOMBIANA

Certifican que: Mery Baquero Velandia

Participó en el

Curso Teórico-Práctico de Diabetes
- Para educadores en diabetes -

Realizado en Bogotá, D.C 04 al 09 de febrero de 2008

Intensidad: 50 horas

Mario Sánchez-Medina, MD
Director Científico – ACD

Iván Darío Escobar Duque, MD
Coordinador del curso

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

MERY BAQUERO VELANDIA

Que: _____

Asistió al curso Básico de

LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo Gonzáles
Presidente

Dra. Lila Jaqeth Cieza Ramírez
Directora Académica

Bacterióloga

Dado En Bogotá, D.C., a los 20 Dias Del Mes Diciembre 2008

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.
Dirección de desarrollo de servicios de salud

Centro Regulador de Urgencias

Programa Atención Prehospitalaria
Sistema de emergencias médicas

CERTIFICA QUE

MERY BAQUERO VELANDIA

Asistió al tercer curso masivo de
PRIMER RESPONDIENTE

Parque Simón Bolívar, 8 de noviembre de 2003

José Fernando Cardona Uribe
Secretario Distrital de Salud

Libardo Chávez Guerrero
Director de desarrollo de servicios de Salud

BOGOTÁ PARA VIVIR
todos del mismo lado

Bogotá productiva

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C

Señores:

PREDETSALUD.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Mery Baquera Velandia. en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

TECNICO – AUXILIAR ENFERMERIA.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52063049

Tarjeta profesional No: 52063049

Dirección de contacto: Cr 98B #49-71

Teléfono: 3222958639

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.063.049**

BAQUERO VELANDIA

APELLIDOS

MERY

NOMBRES



Mery Baquero Velandia

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-SEP-1972**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-NOV-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00001781-F-0052063049-20080328 **0000**046689A 1 1120003466

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14339543698

(415)7707212489984(8020) 000001433954369 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 0 6 3 0 4 9	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 0 6 3 0 4 9	1 9 9 0 1 1 1 9

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BAQUERO	VELANDIA	MERY	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 98 B 71 49 SUR BL 1 CA 8

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
meybaquero@hotmail.com		7 3 4 4 4 2 0	3 2 2 2 9 5 8 6 3 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 1	2 0 1 5 0 5 2 2	8 6 9 2	1 9 9 0 1 1 1 9				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 5 0 5 2 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Mery Baquero Velandia

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

984. Nombre VANEGAS ROA MARIA JEANNETTE
985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 22-05-2015 10:53:28AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 27-03-2017
Hora: 2:30:54 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52063049-1 MERY BAQUERO VELANDIA

Información General

Dirección CR 98 B 71 49 SUR BL 1 CA 8

Teléfonos 7344420 / 3222958639

Dirección electrónica meybaquero@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 27/03/2017

Soporte Inscripción 14105154

Fecha Inicio Actividades 22/03/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001864871

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CETIFICADO DE INSCRIPCION
No.
EXP 27042000
BAQUERO VELANDIA
MERY
5206304
AUX. DE ENFERMERIA
SECRETARIA
SALUD
ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTA D.C.
FIRMA
FIRMA AUTORIZADA

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTA

Resolución No 0800 de
Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se refrenda un CERTIFICADO para el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BAQUERO VELANDIA MERY Identificado(a) con CC número 52063049 expedida en BOGOTA D,E solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE PREVENCION Y EDUCACION PREDESALUD el día 18/12/1999 y registrado en el libro XX Folio XX año XX
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Refrendar el CERTIFICADO que autoriza a BAQUERO VELANDIA MERY identificado(a) con CC número 52063049 expedida en BOGOTA D,E para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los
Original Firmado
María Paz Azula G.
MARIA PAZ AZULA GRANADA
Directora de Desarrollo de Servicios de Salud

VICTOR S.

Santa Fe de Bogotá, D.C. 1-03-2000
De la fecha notificado personalmente
al señor (a) Mery Baquero Velandia
identificado con C.C. 52063049 BTA
a resolución No. 0800 - Feb. 10-2000
Mery Baquero

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52063049

Primer Nombre *

MERY

Primer Apellido *

BAQUERO

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-13→7:03:22 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52063049	MERY		BAQUERO	VELANDIA	**Ver**

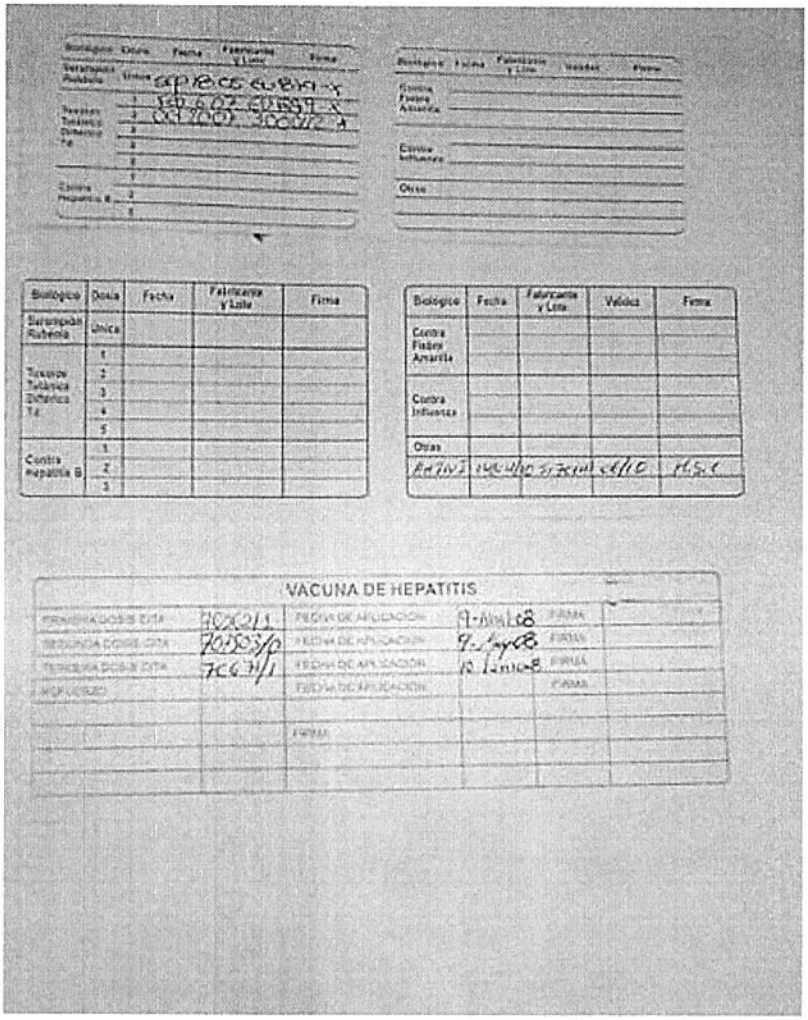
Información Detallada [CC: 52063049] MERY BAQUERO VELANDIA

2018-12-13→7:03:22 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2000/2/10	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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



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

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
ANTIVI	VACUNO SIRIA CHILE			MSC

VACUNA DE HEPATITIS

PRIMERA DOSIS DTA	70220/1	FECHA DE APLICACION	9-Abr-08	FIRMA
SEGUNDA DOSIS DTA	70185/p	FECHA DE APLICACION	9-Jun-08	FIRMA
TERCERA DOSIS DTA	7C671/1	FECHA DE APLICACION	12-Jan-08	FIRMA
REFUERZO		FECHA DE APLICACION		FIRMA
		FECHA		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010782200

Fecha de generación del carné: martes, 11 de diciembre de 2018 12:32 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52063049
Nombres y Apellidos	MERY BAQUERO VELANDIA		
Fecha de nacimiento:	20/09/1972		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
AH1N1	Primera dosis	14/04/2010			GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	31/05/2018	GC FLU	V50218006	HOSPITAL SAN BLAS
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010782200

Fecha de generación del carné: martes, 11 de diciembre de 2018 12:32 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52063049
Nombres y Apellidos	MERY BAQUERO VELANDIA		
Fecha de nacimiento:	20/09/1972		

Neumococo	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única	27/07/2018	Sarampión -Rubéola	012N7186	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Td	Primera dosis	25/10/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM FLORESTA
	Segunda dosis	27/01/2018	Toxoide Tetánico y diftérico	221501316A - 31 MAYO 2019	HOSPITAL SAN BLAS
	Tercera dosis	27/07/2018	Toxoide Tetánico y diftérico	221502016B	HOSPITAL SAN BLAS
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO



IMPORTANTE: no confie su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros medicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 27/03/17	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	MERY BAQUERO VELANDIA		
CEDULA	52.063.049	TELEFONO O CELULAR	3222958639

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA		VISIOMETRÍA		ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA	HOSPITAL SAN BLAS
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	MEDICO
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: TINNEL, PHANEL, JOBE, LASAGUE Y SIMMOND: NEGATIVO
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión peligro biológico mediante inmunización contra hepatitis B, Influenza y tétano o las que se requieran (gtc 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radiofísica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). **Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo.**

Pablo Hernandez
Médico cirujano
Higiene y Salud Ocupacional
Gestión Integral SIG

PABLO HERNANDEZ

FIRMA Y LSO PROFESIONAL

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el** que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Artículo 289 del Código penal Colombiano).**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Compromiso de actualización y entrega de documentos	**Código**	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** **Fecha:**

Bogotá, D.C, 5 (día) de Enero (mes) de 2019 (año)

Yo Mery Baquero
identificado/a con CC No. 52063049, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): Certificado de Atención Integral de Salud a las Victimas en Violencia Sexual,
para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha máxima 5 de Marzo de 2018.

Estoy informado/a que el pago del mes inmediatamente posterior a la fecha límite, está sujeto al cumplimiento del presente compromiso.

Cordialmente,

Firma: Mery Baquero Uelandia
Correo de contacto: merybaquero1972@gmail.com
Dirección de contacto: K98B # 71-49 - Bosa
Teléfono: 3222958639.



Escuela de Auxiliares en Enfermería

E.S.A.E.

Formamos vidas para dar lo que no tiene precio. La Salud

INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Resolución 15-005 de Febrero 8 de 2016, Sec. de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No 00312 de Diciembre 10 de 2015, Min. De la Protección Social.

CERTIFICA A:

MERY BAQUERO VELANDIA

C.C. 52.063.049 de Bogotá D.C.

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BASICO

Intensidad 20 Horas

MARTHA AMAYA
Directora

Bogotá D.C. Marzo 30 de 2017

Avenida 1 de Mayo No 30-33

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

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

CODIGO: ET-CA-FT-011
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA: 17-12-18 | CIUDAD: Bogotá D.C | DEPARTAMENTO: Bogotá D.C

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Baquero	Velandia	Mery			

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ R.C ☐ NUIP ☐	52630491	Bogotá D.C	14 de Noviembre de 1990
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
16-09-72	Bogotá D.C	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	Hija	1	3229886391

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐	CUAL: Auxiliar de Enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 98b # 71-49 Sur	Bogotá	Bogotá D.C	Colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Meryb.baquero1972@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: Auxiliar de Enfermeria.			
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐				
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐				
PERTENECE CON TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO ☒	RCA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORRETENEDOR		SI ☐ NO ☒

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSION: 03
FECHA: 2017-08-22

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐ # NIT

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Tra 5 este #49-50	(1) 2891100	Bogotá D.C	Bogota D.C	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria	FECHA VINCULACION		13-04-201

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1'500.000	GASTOS FAMILIARES	1'400.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1'500.000	TOTAL EGRESOS	1'400.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar directo ni Socio, Compañero o Jefe en la actual o última relación laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Velandia	Gaqueta	Jose	Vicente
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cra 1c # 43 a - 77 sur	Bogotá / Colombia	Tío	3107601290

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cta. Ahorros		20 Julio	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: ____

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

. Auxiliar de Enfermeria

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

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

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

CODIGO: ET-CA-FT- 011
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Exsitencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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

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

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

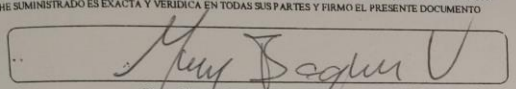
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATEGICO– GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

Centro Oriente E.S.E.

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MERY BAQUERO VELANDIA identificado(a) con CC 52063049 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/01/2002**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

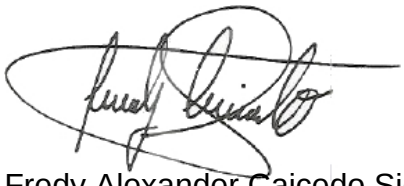
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 13 días del mes de diciembre del año 2018 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MERY BAQUERO VELANDIA identificado(a) con C.C No. 52.063.049, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

SEGUROS BOLÍVAR

Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador



CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-52063049 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

y3xbd

Confirmar imagen *

CONSULTAR

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52063049	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Mery		Baquero	Velandia
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

16-Sep-1972	Bogota	Kra 98D #49-71 sur	3222958639.
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Sanitas	Colfondos	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar Enfermeria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

merybaquer1972@gmail.com	3222958639
Correo Electrónico	Celular

Mery Baquero	Nataly Duque Salazar Enfermera RAN 3524
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. _____

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía

Número Identificación: 52063049

¿Escriba los dos ultimos digitos del documento a consultar? 49

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) MERY BAQUERO VELANDIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 52063049.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, diciembre 13, 2018 - Hora de consulta: 07:18:28

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.0.0.4

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 07:09:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52063049
Código de Verificación	5206304918213070950

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2608245

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 7:26 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MERY BAQUERO VELANDIA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SESENTA Y TRES MIL CUARENTA Y NUEVE** de BOGOTA D.C.

52063049

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_IZ8IV_267
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:37:55 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52063049**
Apellidos y Nombres: **BAQUERO VELANDIA MERY**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

A QUIEN INTERESE

Bogotá **2018/12/11**
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MERY BAQUERO VELANDIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52063049** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número:	**008480366585**
Saldo a la Fecha:	**$ 6,783.14 Pesos**
Fecha apertura:	**2017/04/11**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA