



Confirmación de registro de la entidad

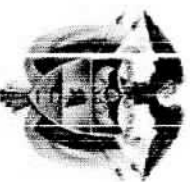
Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Ingrid Yurany Burgos Queceno,

subred integral de servicios de salud del norte con el NIT 1010228582 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >



[i]nterpretación

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

INGRID YURANY BURGOS QUECANO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.016.228.582

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOFORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diez (10) días del mes de julio de dos mil diecisiete (2017).

Firmado Digitalmente por

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autoridad del Documento

Bojotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR

**CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL**

44568473 - 10/07/2017

FECHA REGISTRO



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/12/22

Por medio de la presente hacemos constar que la señora INGRID YURANY BURGOS QUECANO
con Cédula de Ciudadanía número 1010228582
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

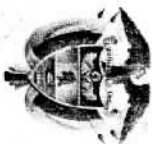
Número 004370815245

Fecha Apertura 2017/07/31

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA



República de Colombia

Instituto de Educación Ingabo

Educación para el trabajo y el desarrollo humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 28 del 2009 y 15-028 de Septiembre 28 del 2009 emanadas de la Dirección Local Educación de Antonio Nariño y Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 del Ministerio de Protección Social

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

INGRID YURANY BURGOS QUECANO

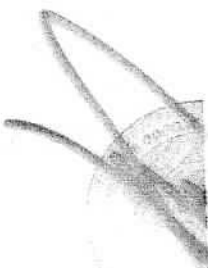
C.C. No 1.010.228.582 de Bogotá

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

Auxiliar en Enfermería

Duración del Programa: 1.800 horas


Director


Secretaria Académica



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 03 de enero de 2019, a las 16:09:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1010226562
Código de Verificación	1010228582190103160934

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **INGRID YURANY BURGOS QUECANO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1010228582**, se encuentra afiliado (a) desde **26/07/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de enero de 2019.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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 *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1010228582

Primer Nombre *

INGRID

Primer Apellido *

BURGOS

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2019-01-03→4:22:15 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1010228582	INGRID	YURANY	BURGOS	QUECANO	Ver

Información Detallada [CC: 1010228582] INGRID YURANY BURGOS QUECANO**2019-01-03→4:22:15 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016/11/08	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	AUXILIAR EN SALUD PUBLICA	2016/11/08	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, expédida 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).

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.010.228.582

BURGOS QUECANO

APELLIDOS

INGRID YURANY

NOMBRES

INGRID YURANY B.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

08-MAR-1996

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

11-JUL-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-01031156-F-1010228582-20180813

0062267413A 1

9905374280

ESTADO CIVIL



Bogotá D.C., 3 de Enero de 2019 - 16:08 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilitaciones Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y DOS**

1010228582

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 inhabilitaciones 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 inhabilitaciones que se encuentren vigentes en dicho momento.

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1_8HKIN_0816**

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1010228582

Numero de Documento

POSITIVA

ARL

INGRID

Primer Nombre

YURANY

Segundo Nombre

BURGOS

Primer Apellido

QUECANO

Segundo Apellido

08-03-1996

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CI43A^{SR}#11-39

Dirección de Residencia

363788

Teléfono Fijo

SAUD TOTAL

FPS - Salud

COLENSIONES

AFP - Pensiones

\$ 1565.600

Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

INGRIDBURGOS#123@gmail.com

Correo Electrónico

3223439434

Celular

Ingrid BURGOS.

Firma del Afiliado

Pandra León
Enfermera Jefe
C.C. 32.384.299

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



República de Colombia

Instituto de Educación Ingabo

Educación para el trabajo y el desarrollo humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 29 del 2009 y 15-028 de Septiembre 28 del 2009 emitidas por la Dirección Local Educadora de Antioquia Norte y
Acuerdo 056 de Diciembre 5 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 del Ministerio de Protección Social

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

INGRID YURANY BURGOS QUECANO

C.C. N° 1.010.228.582 de Bogotá

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

Auxiliar en Salud Pública

Duración del Programa: 1.700 horas


Director


Secretaría Académica





Instituto de Educación Ingabo

Aprobado por Resolución 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009
emanadas de la Dirección Local de Educación Antonio Nariño y
Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 del Ministerio de Protección Social

Acta Individual de Certificación como Técnico Laboral por Competencias

REGISTRO 4 FOLIO 30 LIBRO 4

En la ciudad de Bogotá a los 20 días del mes de Septiembre del año 2016, se reunieron los suscritos Director y Secretaria Académica en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como **TÉCNICO LABORAL** para quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR EN SALUD PUBLICA**, con una duración de 1.700 horas cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

INGRID YURANY BURGOS QUECANO

C.C. N° 1.010.228.582 DE BOGOTA

Es fiel copia del Acta General Original N° 21 de fecha 20 de **Septiembre** de 2016 que consta de 55 alumnos que comienzan con el nombre de **LILIANA ABRIL PERALTA** y se cierra con el nombre de **IRIS YOLIMA VIRGUEZ RODRIGUEZ**.

En constancia se firma por:

CARLOS MAURICIO BÁEZ P.

MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA C.



Colegio José Félix Restrepo

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

Carrera 6 No. 18 A-20 sur Teléfono: 2729185



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Jornada Mañana

Dane: III00155555

Inscripción S.E. 5209

En la ciudad de Bogotá D.C. al primer (1) día del mes de Diciembre del año dos mil quince (2015) se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los señores Rector y Secretaria en la Rectoría del "COLEGIO JOSÉ FÉLIX RESTREPO" Institución Educativa Distrital, jornada Mañana, Institución aprobada hasta nueva determinación, en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad ACADÉMICA, según Resolución No.7529 DEL 20 de noviembre de 1998, Resolución 1797 del 14 de junio de 2002.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el TÍTULO de BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Ingrid Yurany Burgos Quzeano

C.C. No.1010228582 de Bogotá D.C

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 054 de fecha 01 de diciembre de 2015 que consta de (116) estudiantes graduandos que comienza con el nombre de Neosta Pulido Jefferson David y termina con el nombre de Villalba Jiménez Hernando.

Firmada por Jimmy Alexander Giraldo Alegria (Rector) y Lilia Edith Moreno Díaz (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., al primer (1) día del mes de Diciembre de 2015.

En Constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 10. Del Decreto 180 de 1981. No requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No., 921 del 6 de Mayo de 1994.

Jimmy Alexander Giraldo Alegria

Rector

C.C. No. 79.523.146 de Bogotá D.C.

Lilia Edith Moreno Díaz

Secretaria

C.C. No. 51.583.856 de Bogotá D.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119993742



WEB

16:06:37

Hoja 1 de 01

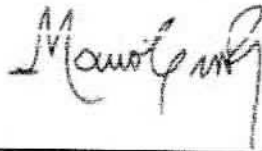
Bogotá DC, 03 de enero del 2019

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) INGRID YURANY BURGOS QUECANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010228582:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>



MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN:

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Bogotá D.C

Señores:

INGABO

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, INGRID YURANY BURGOS 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:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma INGRID BURGOS

No. de documento: 1010228582

Tarjeta profesional No: 1010228582

Dirección de contacto: C1143 A SUR # 11-39

Teléfono: 3118005364 - 2060764.

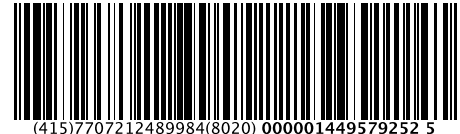
2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14495792525



(415)7707212489984(8020) 000001449579252 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 0 2 2 8 5 8 2

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

1 0 1 0 2 2 8 5 8 2

27. Fecha expedición:

2 0 1 4 0 7 1 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BURGOS

32. Segundo apellido

QUECANO

33. Primer nombre

INGRID

34. Otros nombres

YURANY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 43 A 11 39 SUR ESTE

42. Correo electrónico:

ingridburgosq123@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 6 1 5

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados 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			

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: 0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 1 0 3

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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BURGOS QUECANO INGRID YURANY

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 13216 de 08/11/2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BURGOS QUECANO INGRID YURANY Identificado(a) con CC número 1010228582 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO LTDA. el día 24/09/2016.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a BURGOS QUECANO INGRID YURANY identificado(a) con CC número 1010228582 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 08/11/2016

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.

Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C. 20 de JUNIO 2017
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) INGRID YURANY BURGOS
CC. # 1010228582
Firma INGRID YURANY B

Revisó: Sebastián Quiroz L.
Elaboró: Víctor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 03/01/2019

CONTRIBUYENTE

C.C. 1010228582

INGRID YURANY BURGOS QUECANO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 43A 11 39 SUR ESTE

Teléfonos: 3223435434

Dirección electrónica: ingridburgosq123@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 03/01/2019

Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL

Régimen tributario: SIMPLIFICADO

Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO

Fecha inicio de Actividades: 15/06/2016

Fecha de cese de Actividades: NO

No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

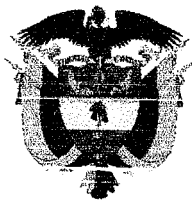
REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD





FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 100 de 1995, 490 y 443 de 1999)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 02 año 2010

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BURGOS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) QUECANO	NOMBRES INGRID YURANY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1010228582	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 8 MES MAR AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 43 a sur # 11 - 33 sur este PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3673788 EMAIL ingridburgosq123@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO bachiller	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES DICIEMBRE	AÑO 2014

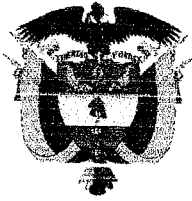
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	2	X	auxiliar de enfermería	9 2016	1010228582
ES	1	X	auxiliar en salud pública	9 2016	1010228582



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 100 de 1995, 490 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 03 ene 2019

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
subred integral de servicios de salud del norte	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6767940	DÍA 15 MES 6 AÑO 2017		DÍA 1 MES 3 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
auxiliar de enfermería	independiente	carrera 65 # 103 - 65	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	8
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	8

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

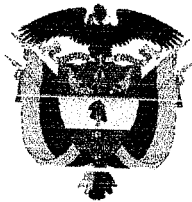
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá. 03 de Dic 2019
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Ingrid Ymany Buigas
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 100 de 1995, 480 y 443 de 1999)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 03 ene 2010



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

CONSECUTIVO No. 4536

**EL SUSCRITO DIRECTOR DE CONTRATACION DE LA SUBRED
INTEGRADA
DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E**

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 de abril 06 de 2016 se reorganizo el Sector Salud en el Distrito Capital, el cual consagra en su Artículo 5 la subrogación en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas; revisados los archivos de la Oficina de Contratación de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. se encontró que el (la) señor(a) **INGRID YURANY BURGOS QUECANO** como, **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, identificado (a) con C.C. Núm. 1010228582, tiene con la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. varias órdenes de Prestación de Servicio. Sin que exista solución de continuidad en su ejecución, desarrollando las obligaciones pactadas con autonomía técnica, Administrativa y sin subordinación laboral alguna desde el día 15 de junio de 2017 hasta el 01 de marzo de 2018.

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los dieciseis (16) días del mes de julio de 2018.



ÁLVARO GALVIS BARRIOS
Director de contratación

Andrés Ruiz



DATOS PACIENTE

Nombres:	INGRID YURANY BURGOS QUECANO		
Tipo de Documento:	CC Documento	1010228582	
Sexo F	F. Nacimiento:	08/03/1996	Edad: 21 Años
Entidad: PARTICULAR*			
Centro de Costo: N/A			
Cargo: CONTRATISTA			
Fecha de Atencion: 2017-07-26			
Fecha y Hora entrega resultados: 26/07/2017 8.56 AM			

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD

Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

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

APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

OTRAS: PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):

CARLOS EDUARDO BERNAL
SIERRA

RM: 86140/10

Carlos Eduardo Bernal Sierra
Carlos Eduardo Bernal Sierra
Médico Exp. Toxicología en Vigilancia
Epidemiológica - FLAA
C.C. 3145397 - 260 84

Firma y sello del Médico Evaluador

Ingrid Burgos

INGRID YURANY BURGOS QUECANO

1010228582

C.C

Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 18 No. 3-50 Edificio Barichara
Tel.:(+1) 261 4505 - 265 5893 - 265 5362

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.:(+1) 458 5819 - 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tel.:(+1) 282 6429 - 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 88 No. 17-82
Tel.:(+1) 447 0666 - 447 1401 - 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 88 No. 17-86
Tel.:(+1) 4146397 - 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tel.:(+1) 805 1875 - 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-69
Tel.:(+1) 257 9325 - 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 - Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tel.:(+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 574 0916 - 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 208 - 21 Piso 2 Tel.:(+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

ISO 9001:2008
BUREAU VERITAS
Certification



CO15.00025

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 - 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tel.:(+4) 412 1145 - 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9955 - 382 7337

BOGOTA SEDE PRINCIPAL



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:20:10 horas del 03/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1010228582**

Apellidos y Nombres: **BURGOS QUECANO INGRID YURANY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

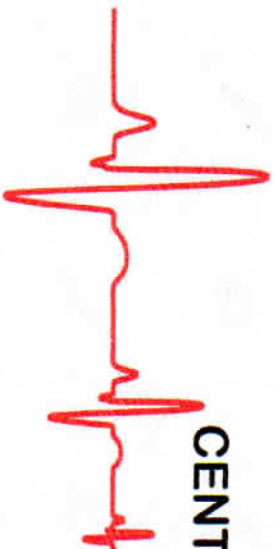
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya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

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

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



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá D.C.
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: 0180000 9112
112



CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE:

INGRID YURANY BURGOS QUECANO

C.C. 1.010.228.582

ASISTIO AL CURSO

**ASESORIA INTEGRAL EN SALUD A INSTITUCIONES DE
URGENCIAS Y EMERGENCIAS**
(Cadena de Custodia)

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES: 2003/2014, 459/2012, Y LAS
LEYES: 1146/2007, 1257/2008. A NIVEL NACIONAL PARA TODO EL PERSONAL DE LA SALUD
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 20 días del mes de Diciembre de 2017.
Validez 2 años.

**CENTRO DE CAPACITACION EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

Educación Informal - Decreto 4904 / 2009

Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda

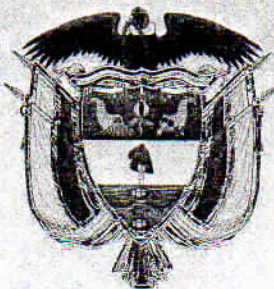
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634

www.capacitacionesos.com

David Londoño

Sub Dirección Académica



La República de Colombia, el Ministerio de Educación Nacional y en su nombre el

Colegio José Félix Restrepo

Institución Educativa Distrital

Jornada Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., según Resolución No. 7529 del 20 de Noviembre de 1998, Resolución 1797 del 14 de Junio de 2002.

Confiere a:

Ingrid Durany Burgos Quecano

C.C. No. 1010228582 de Bogotá D.C.

El título de :

Bachiller Académico

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

Artículo 28 y 29 de la Ley 115 de 1994 y Decreto 1290 de 16 de abril de 2009

Jimmy Alexander Giraldo Alegria

Rector

Ulia Edith Moreno Diaz

Secretaria Académica

Anotado en el Folio No. 111 Libro de registro No. 02 Acta No. 054

Dado en Bogotá D.C., a los 01 días de Diciembre de 2015.

No se requiere registro según Decreto 21. 921 del 30 mayo 1994, expedido por el M.E.C. y 2130 del 03 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE EDUCACION



Instituto de Educación Ingabo

Aprobado por Resolución 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009
emanadas de la Dirección Local de Educación Antonio Nariño y
Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 del Ministerio de Protección Social

Acta Individual de Certificación como Técnico Laboral por Competencias

REGISTRO 5 FOLIO 77 LIBRO 4

En la ciudad de Bogotá a los 20 días del mes de Septiembre del año 2.016, se reunieron los suscritos Director y Secretaria Académica en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como **TÉCNICO LABORAL** para quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una duración de 1.800 horas cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

INGRID YURANY BURGOS QUECANO

C.C. N° 1.010.228.582 DE BOGOTA

Es fiel copia del Acta General Original N° 71 de fecha 20 de Septiembre de 2016 que consta de 82 alumnos que comienzan con el nombre de **LILIANA ABRIL PERALTA** y se cierra con el nombre de **ANGIE CAROLINA WALTEROS CUESTAS**.

En constancia se firma por:

CARLOS MAURICIO BÁEZ P.
DIRECTOR

C.C. No. 79.884.207 de Bogotá

MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA C.
SECRETARIA ACADEMICA

C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá a los 24 días del mes de Septiembre del año 2.016



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, INGRID YURANY BURGOS QUECANO
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1010228582 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección calle 43 a sur # 11 - 33 sue este Teléfonos 3223435434 3673788

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARIENTESCO
diana patricia burgos quecano	52441475	MADRE

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
ARRENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 4.680.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 4.680.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
davivienda	AHORROS	004370815245	suba	\$ 115.000,00

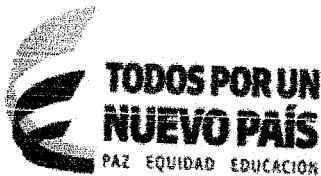
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

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

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



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



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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C.O ☐ C.E.O ☐ T.I.O ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Ingrid Yovane Burgos.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 03-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

PROSPERIDAD
PARA TODOS



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

pubul
vargan

Apellidos:

Documento
de identidad:

C.C.X TL. Pasaporte No.

Fecha de
Nacimiento

Día Mes Año

9 8 6 1

7858220101

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxide tetánico Diférico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	29-5-18	USO2/P0067	SECO
Virus de Papiloma Humano				

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFI

FECHA: 03-01-19 CIUDAD: BOGOTÁ D.C. DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

El presente Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: BURGOS SEGUNDO APELLIDO: QUECANO PRIMER NOMBRE: INGRID SEGUNDO NOMBRE: YURANY

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ D.C. FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 11-Julio-2014

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 08-03-1994 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ PAÍS NACIMIENTO: BOGOTÁ NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ PERSONA A CARGO: 0 NÚMERO DE HIJOS: 0

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA: MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: AUX

DIRECCIÓN RESIDENCIA: 2193A SUR #11-39 SUR CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAÍS RESIDENCIA: BOGOTÁ

CORREO ELECTRÓNICO: N610B660SP23@emil.com PORTAL O PÁGINA INTERNET: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELÉFONO FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NÚMERO IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD):

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA

LABORADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:

CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA ☐

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☐ NO ☒ IVA SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692

GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO: ADMINISTRAR RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA:

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ A NIT:

PORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

TRA ☐ CUAL:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: TELÉFONO: CIUDAD/MUNICIPIO: DEPARTAMENTO: PAÍS:

CARGO ACTUAL: FECHA VINCULACIÓN:

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS: VENTAS ANUALES: CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: FECHA CONSTITUCIÓN: TIPO SOCIEDAD:

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	900.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	—	ARRENDOS	400.000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	—	TOTAL EGRESOS	1.300.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
—		—		—		—	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
(Datos de identificación de la persona o Contraparte de quien se solicita el servicio)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GARCIA	—	EDWIN	—
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
diag 42 # 09-16	BOGOTA	AMIGO	3223488484

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Dauvienda	Ahorros	604370815245	Veinte de Julio	33000000
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA
—	—	—	—	—
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:				
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐				
CUAL: <input type="text"/>				

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

Auxiliar Enfermería

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, complementa 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, complementa o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
- Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
- Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos 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

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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:

1. 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 prestación de servicios de salud.

2. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la evasión y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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.

DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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.

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

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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 c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail surla@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

INGRID BURGOS



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA	
1. Fecha	2. Ciudad
Nombre del funcionario o usuario:	
Lugar de la Entrevista:	
Observaciones:	
Resultado de la Entrevista:	☐ ACEPTADO ☐ RECHAZADO
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:	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo



* 5 0 0 2 4 1 4 2 4 0 *

No. DE RADICACIÓN

5002414240

Fecha de Radicación

03/01/2017

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐		2. Tipo de Afiliación A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia ☐ -Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres BORGES, DUECANO, INGRID, YURANY			
7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	8. Número del documento de identidad 1010228582	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 08/03/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL Positiva		16. Administradora de Pensiones Colpensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC 828
18. Residencia 01143A SUR # 43-37 ALDAMA, 3673788, 3223435424, ingridyurany123@gmail.com			
Bogotá, Zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad/Comuna Bogotá, Departamento Bogotá	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento							
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	D	D	M	M	A	A	A	A
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social INGRID YURANY BORGES	36. Tipo de documento de identificación CC	37. Número del documento de identificación 1010228582	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación 01143A SUR # 43-37 ALDAMA, 3673788	Corre electrónico	Municipio/Distrito Bogotá	Departamento Bogotá



* 5 0 0 2 4 1 4 2 4 0 *

No. DE RADICACIÓN

5002414240

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Fecha de nacimiento	
Número del documento de identidad		42. Fecha	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	
		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

INGRID YRANY BURGOS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC
Cantidad: Total
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
70. Datos del funcionario que realiza la validación						
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	71. Firma del funcionario		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
OBSERVACIONES:						