

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Thank you for your interest.
Someone will be contacting you shortly.

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. - [Comunicarse con el propietario del formulario](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formularios

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO

GARZON CASTIBLANCO

APELLIDOS

VALERY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

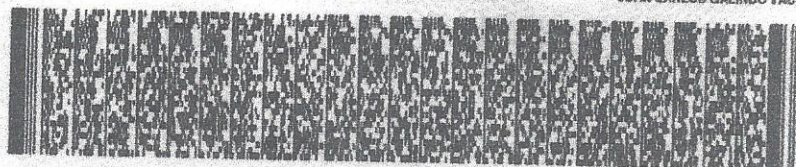
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 **O+**

F

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00872559-F-1233902605-20161221

0052710869A 1

47433111

Certificación Bancaria

Miércoles, 19 de noviembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que VALERY GARZON CASTIBLANCO identificado(a) con ' ' a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros			ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

CAMPOALTO

Confiere a:

GARZON CASTIBLANCO VALERY

El Certificado de Aptitud Ocupacional por haber culminado
satisfactoriamente el programa

**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN
AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD**

Intensidad Horaria: 1600 horas



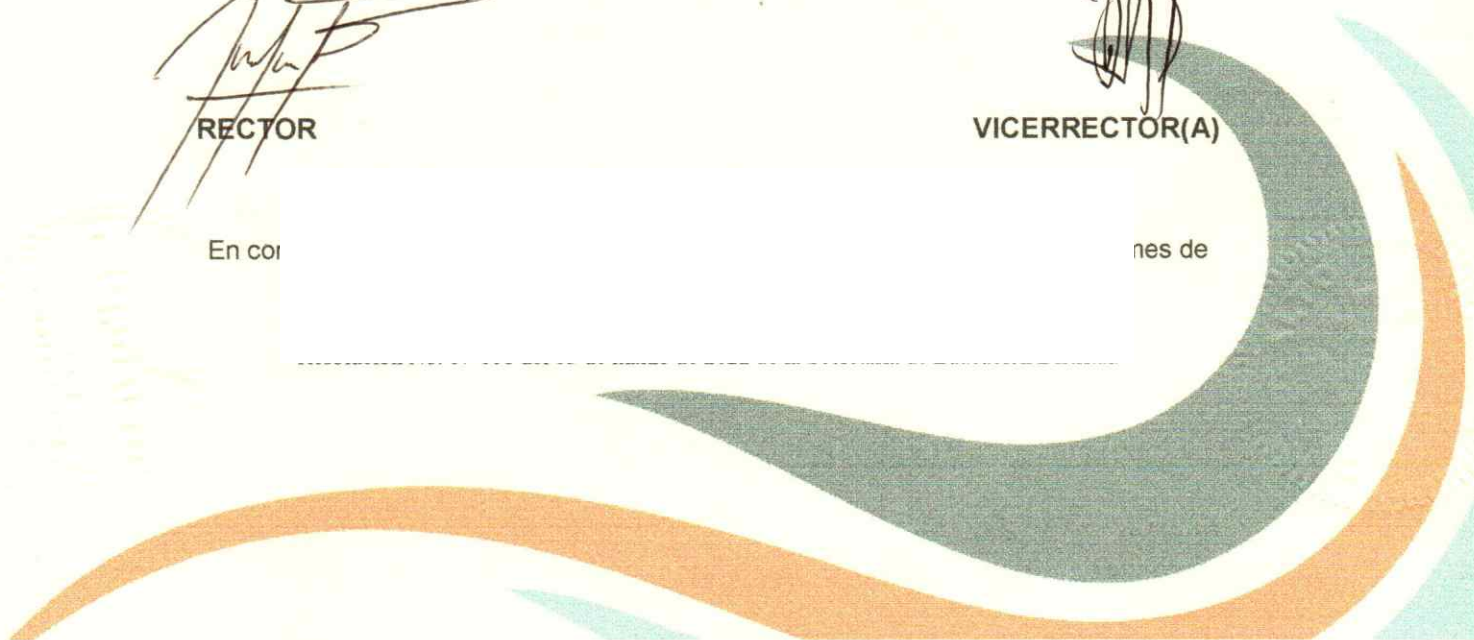
RECTOR

En cor



VICERRECTOR(A)

nes de





ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO DELIA ZAPATA OLIVELLA INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL

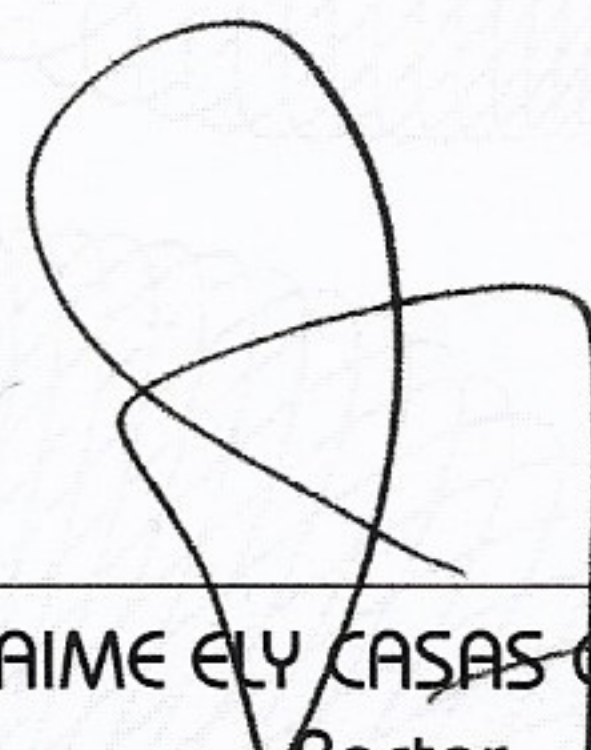
En la ciudad de Bogotá, D.C. a los veintiún (21) días del mes de Noviembre de 2016, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de Grado Once, el suscrito Rector y Secretaria Académica en la rectoría del COLEGIO DISTRITAL DELIA ZAPATA OLIVELLA IED, Institución reconocida oficialmente, aprobada en el Nivel de Educación Preescolar, Básica y Media Académica, autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C, según Resolución No. [redacted] otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO.

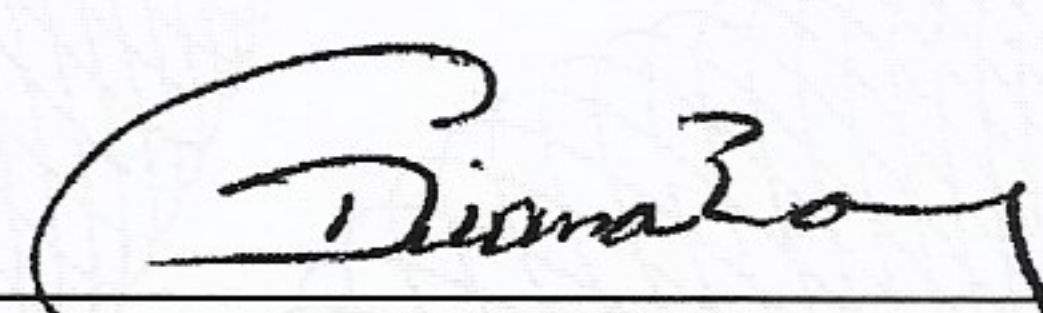
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan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

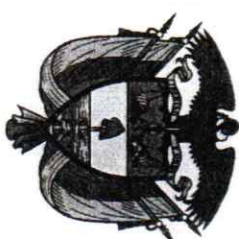
Valery Garzón Castiblanco

[redacted]

No se requiere de registro de la Secretaría de educación, según Decreto N° 0921 del 6 de mayo de 1994 expedida por el MEN y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República


JAIME ELY CASAS OSPINA
Rector


DIANA RAMÍREZ CASTILLO
Secretaria Académica



La Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

CAMPOALTO

Confíere a:

GARZON CASTIBLANCO VALERY



El certificado de aptitud ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa
**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN
AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD**


Rector


in GUIA

Mejores Personas, Mejores Empleos



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

*Colegio Delia Zapata Olivella
Institución Educativa Distrital*

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C. Según Resolución

Confiere a:

Valery Garzón Castiblanco

El título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica (Artículo 28 Ley 115 de 1994)
según los planes y programas vigentes*



Jaime Ely Casas Ospina

Diana Ramírez Castillo

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., (la) señor(a) VALERY GARZON CASTIBLANCO; identificado(a) con estación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	
FECHA DE INICIO	2022-09-02
FECHA DE TERMINACIÓN	2023-01-31
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (TRASLADOS)

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, atención humanizada tanto al personal interno como externo, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fogy, dnp, comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna,
- 2. Asignar cama en el sistema de información de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno.
- 3. Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB, sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el trámite pendiente,
- 4. Verificar y realizar de cargos diarios (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para trámite de paz y salvo, generación de factura, Recaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería.
- 5. Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación,
- 6. En caso de terminación del contrato, las actividades asignadas las deberá dejar al día en un 100%, así como la entrega del inventario y/o utensilios entregados por la Subred para el cumplimiento de las actividades contractuales, siendo esto requisito para firma de paz y salvo institucional.
- 7. Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 22 días del mes de Noviembre de 2025.


 KAREN DAHIANA FAJARDO JIMÉNEZ
 Directora Operativa de Contratación
 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.,
i) señor(a) VALERY GARZON CASTIBLANCO; identificado(a) con
tación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes
condiciones y especificaciones:

CONTRATO	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	
FECHA DE INICIO	2023-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-01-31
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos, realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna
- Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso
- Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB, al igual que realizar los trámites de estancias de los censos de pacientes de la institución registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma
- Adjuntar todos los soportes del trámite de autorización en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB
- Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por las EAPB y-o en su defecto la información generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinámica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB
- Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y-o definitivas
- Apoyar el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atención adecuada de los usuarios y la generación de los recursos de la institución
- Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar
- Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 22 días del mes de Noviembre de 2025.


KAREN DAHIANA FAJARDO JIMÉNEZ
Directora Operativa de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) VALERY GARZON CASTIBLANCO; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1233902605 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	.
FECHA DE INICIO	2024-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2025-01-15
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos, realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.
- 2. Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso,
- 3. Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB, al igual que realizar los trámites de estancias de los censos de pacientes de la institución registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma
- 4. Adjuntar todos los soportes del trámite de autorización en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 5. Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por las EAPB y/o en su defecto la información generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinámica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 6. Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas,
- 7. Apoyar el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atención adecuada de los usuarios y la generación de los recursos de la institución,
- 8. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las edades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,
- 9. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 22 días del mes de Noviembre de 2025.


KAREN DAHIANA FAJARDO JIMÉNEZ
Directora Operativa de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., el(la) señor(a) VALERY GARZON CASTIBLANCO; identificado(a) con estación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes

condiciones y especificaciones:

CONTRATO	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO DEL PROCESO DE FACTURACIÓN EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	
FECHA DE INICIO	2025-01-16
FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-31
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos, realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.
- 2. Apoyar el proceso de autorizaciones con la EPS de los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma y adjuntando los soportes en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 3. Registrar diariamente cargos de servicios de acuerdo a la autorización y/o orden médica y demás servicios que así se requieran y se encuentren debidamente realizados y soportados, notificando las inconsistencias
- 4. Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados previa auditoria de la factura, garantizando el diligenciamiento correcto de todos datos requeridos para los registros Individuales de atención (Rips), generando tanto la orden de salida para el egreso del usuario y la factura teniendo en cuenta la normatividad y contratación vigente, al igual que generar el cobro de los copagos cuando así lo amerite realizando recibo de caja y/o pagare según el caso previo concepto de trabajo social, de ameritarlo se debe realizar al momento del egreso del usuario la asignación de citas prioritarias y/o apoyo en asignación de citas generales cuando sea requerido.
- 5. Depurar y solucionar los ingresos de urgencias y hospitalización en un plazo no mayor a 72 horas desde el reporte de los mismos,
- 6. Dar Respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas que se generen por incumplimiento de las actividades asignadas en el contrato,
- 7. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,
- 8. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 22 días del mes de Noviembre de 2025.


KAREN DAHIANA FAJARDO JIMÉNEZ
Directora Operativa de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE FACAR SALUD SAS

CERTIFICA:

Que el(la) señor(a) **VALERY GARZON CASTIBLANCO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía da a la EMPRESA FACAR SALUD SAS desde el 17/03/2019, bajo un contrato a término indefinido, desempeñando el/los siguientes cargos:

- **Auxiliar**

Funciones a desempeñar:

- Revisión de soportes para su facturación
- Digitación de soportes
- facturación
- Archivo
- Apoyo en radicación

Fecha de expedición Bogotá, 02 de febrero de 2021



FACAR SALUD SAS. Facturación y Cartera y Recobros.
elderjbp2@yahoo.es

Dirección: calle 160 No 7f 45

Celular: 3107689850

E-mail:

gerencia@facar.com.co

administrativa@facar.com.co

Bogotá D.C, 31 de enero de 2019

**LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
"COLSUBSIDIO"**

Que VALERY GARZON CASTIBLANCO, identificado(a) con cedula de
término Indefinido, desde el 01 de septiembre de 2018 hasta el 19 de enero
de 2019, desempeñando el cargo de Auxiliar Farmacia I en la Drogueria
Subazar.

Atentamente,

Ana Carolina Vargas

ANA CAROLINA VARGAS B.

Asesor Servicios Gestión Humana.

Para Confirmación de la información de este certificado por favor escribanos al correo
ServicioCliente.ServiciosCompartidos@colsubsidio.com o comuníquese al teléfono 744-7575
opción 2.



La Suscrita Representante Legal de:

**Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S
Identificada**

Certifica que **VALERY GARZON CASTIBLANCO** identificada con cedula de otá, presto sus servicios en esta empresa en el cargo de Auxiliar de Call center, desde el seis (06) de mayo del 2022 hasta el treinta y uno (31) de mayo de 2022.

Se expide a solicitud del interesado, al primer (01) día del mes de junio de 2022.

Cordialmente,

JENNY PAOLA MOLANO PERALTA
Representante Legal
Sociedad pediátrica de los Andes S.A.S

BANCO DE HOJAS DE VIDA DE BOGOTÁ, D.C.

Su número de r... este número de registro.

Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre VALERY	Otros nombres	Primer apellido GARZON
Segundo apellido CASTIBLANCO	Fecha de Nacimiento	Sexo Mujer
Teléfono de contacto	Correo electrónico personal	Dirección de residencia
Ciudad de residencia	Localidad de residencia	

A-

A+





2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Formación técnica profesional
Título academico	
Graduado	Si
Semestres cursados	0
Nivel educativo	Educación media (hasta grado once aprobado)
Título academico	No aplica
Graduado	Si
Semestres cursados	0



Otros estudios

No se encontraron otros estudios registrados

3. Idiomas

No se encontraron idiomas

A-

A+



Bogotá D.C.,

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

Ciudad,

ASUNTO: OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como **(FATURADORA)**, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Informo que me encuentro registrado en las siguientes plataformas: TALENTO NO PALANCA¹, SIDEAP², SECOP II³ y ReTHUS⁴ (En el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud).

Atentamente,

¹ Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.

² <https://sideap.serviciocivil.gov.co>

³ Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocer la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.

⁴ Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS

CO-OPS-FT-28 V4

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ PPT ☐

NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ ECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: VALERY GARZON CASTIBLANCO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____

LOCALIDAD: _____

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

EPS: _____ FONDO DE PENSIONES PROTECCION ARL SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ☐ NO ☒

ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☒ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☐

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ☒ NO ☐

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 NA. _____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. NO

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ ¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ☐ AFRODESCENDIENTE ☐

OTRO ¿CUÁL? NINGUNA

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☒

¿CUÁL ENTIDAD? _____

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ☐ NO ☒

SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE ☐ MADRE ☐ HERMANO(A) ☐ TIO(A) ☐ PRIMO(A) ☐

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: _____

NUMERO DE CONTACTO: _____

VALERY GARZON

Nombres Apellidos y Firma



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GARZON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CASTIBLANCO	NOMBRES VALERY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DI/ _____ PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. EM/ _____

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 bachillerato	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										☒	NOVIEMBRE	2016

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
auxiliar administrativo en salud		2022	1600

Firma electronica validador: null

573044

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 9 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO aux administrativo	DEPENDENCIA FACTURADOR	DIRECCIÓN cl 60 g sur bis sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD facar salud sas	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DIA 20 MES 4 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 22 MES 12 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO auxiliar de facturacion	DEPENDENCIA facturacion	DIRECCIÓN Cl. 160a #7 F 45	

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

Firma electronica validador: null

573044

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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
Privada	1	8
Pública	3	2
Total	4	10

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 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento
28/11/2025

Firma electrónica
null

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

Firma electronica validador: null

FORMULARIO ÚNICO

El futuro
es de todosGobierno
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Última Actualización: 22-nov-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, VALERY GARZON CASTIBLANCO

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

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 Sur E.S.E.



Última Actualización: 22-nov-2025

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	VALERY GARZON CASTIBLANCO
Identificación:	
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

TIPOLOGIA I.	1. Interés directo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • C.P.C, art. 126. • Ley 1437 de 2011, art.11. • Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1. • Ley 1564 de 2012, art 141, num.1.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA I.	2. Conocimiento previo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA I.	3. Concepto o consejo fuera de la actuación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a)
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA I.	4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA II.	5. Relación con las partes
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA III.	6. Heredero o legatario
DESCRIPCIÓN	Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7. Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA IV.	7. Amistad o enemistad
DESCRIPCIÓN	Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5. • Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA V.	8. Curador o tutor del interesado
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VI.	9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VII.	10. Litigio o controversia
DESCRIPCIÓN	Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VII.	11. Decisión administrativa pendiente
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VIII.	12. Denuncia penal
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VIII.	13. Denuncia Penal
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA IX.	14. Acreedor/ deudor
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA X.	15. Antiguo empleador
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XI.	16. Lista de candidatos
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XII.	17. Recomendación
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XIII.	18. Relación contractual o de negocios
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XIV.	19. Participación directa
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XV.	20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XVI.	21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso
DESCRIPCIÓN	Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XVII.	22. Dádivas
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XVIII	23. Responsables de la Evaluación de Desempeño
DESCRIPCIÓN	Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiéndose que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:

VALERY GARZON CASTIBLANCO 19/11/2025 17:32:55

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Documento electrónico: 21254c94088070a0458736141f4d432326f90266641ca7fc1d70263a6e9058d2

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

CONSIDERACIONES

Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016 y 5.1.4.de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 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 Administracion del Riesgo de Lavado de Activos, Financiacion del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

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 Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos tambien serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000 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 prestación 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 la 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 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 analisis y selección 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 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.

2. EL TRATAMIENTO PODRÁ SER REALIZADO DIRECTAMENTE POR CITADA ENTIDAD O POR LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO QUE ELLA CONSIDERE NECESARIOS.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a continuación:

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 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 adelante gestión para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros.

e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención 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.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 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.

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 INFORMACIÓN: 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.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 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 Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN,CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y 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.subredsur.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

☒ Acepto ☐ No acepto

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

FECHA	01/01/2026	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.	CIUDAD	BOGOTÁ D.C.
TIPO DE VINCULACION CON LA ENTIDAD	CONTRATISTA OPS		CUAL?	N/A	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	GARZON	PRIMER NOMBRE	VALERY		
SEGUNDO APELLIDO:	CASTIBLANCO	SEGUNDO NOMBRE	N/A		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN			
LUGAR DE EXPEDICION		FECHA DE EXPEDICION			
FECHA DE NACIMIENTO		PAIS DE NACIMIENTO	COLOMBIA		
NACIONALIDAD 1	COLOMBIANA	NACIONALIDAD 2	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI
DIRECCION RESIDENCIA		PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA		
TIPO DE VIVIENDA	ARRENDADA	TELEFONO CELULAR		TELÉFONO FIJO	N/A
CORREO ELECTRÓNICO		ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)		
NIVEL DE ESTUDIOS	TECNICO	OTRO - CUAL?	N/A	PROFESIÓN / OFICIO	

2. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO

PRIMER APELLIDO	N/A	PRIMER NOMBRE	N/A
SEGUNDO APELLIDO:	N/A	SEGUNDO NOMBRE	N/A
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	N/A
LUGAR DE EXPEDICION	N/A	PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA

3. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL

N/A

NIT

N/A

CORREO ELECTRÓNICO

N/A

TIPO DE SOCIEDAD:

N/A

N/A

PUBLICA

N/A

MIXTA

N/A

SIN ANIMO DE LUCRO

N/A

TIPO DE EMPRESA:

PRIVADA

N/A

PUBLICA

N/A

MIXTA

N/A

SIN ANIMO DE LUCRO

N/A

ACTIVIDAD ECONOMICA

N/A

SI SELECCIONO OTRO - INDICAR CUAL

N/A

CODIGO CIU (PRINCIPAL)

N/A

SELECCIONAR CODIGO

N/A

CODIGO CIU (SECUNDARIO)

N/A

SELECCIONAR CODIGO

N/A

DECLARA RENTA

NO APLICA

ES RESPONSABLE DE IVA

NO APLICA

ESTA OBLIGADO A FACTURAR

NO

NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA

N/A

NIT

N/A

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA

N/A

SI SELECCIÓN OTRO - INDIQUE CUAL

N/A

TELÉFONO

N/A

DIRECCIÓN

N/A

PAIS

N/A

DEPARTAMENTO - ESTADO

N/A

CIUDAD O MUNICIPIO

N/A

CARGO O PERFIL ACTUAL

N/A

4. REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO

N° IDENTIFICACIÓN

N/A

N/A

N/A

N/A

CC

N/A

CE

N/A

PEP

N/A

PN

N/A

N/A

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO

DIRECCIÓN

TELÉFONO

CIUDAD

N/A

N/A

N/A

N/A

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN

¿Administra recursos públicos?

NO APLICA

¿Ejerce algún grado de poder público?

NO APLICA

¿Tiene reconocimiento público?

NO

¿Es usted un servidor público?

NO APLICA

¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?

NO APLICA

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?

NO APLICA

¿Tienen vínculo con una persona expuesta publicamente (PEP)? Reportar vínculos con: Primer y segundo grado de consanguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueros y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptantes.

NO APLICA

En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:

Vínculo o relación

Tipo de documento

Numero de documento

Nombre Completo

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

FECHA DE CORTE

TOTAL ACTIVOS

TOTAL PASIVOS

INGRESOS MENSUALES

OTROS INGRESOS MENSUALES

N/A

TOTAL INGRESOS MENSUALES

CONCEPTO OTROS INGRESOS

N/A

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

NO

CUAL

N/A

POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

NO

En caso afirmativo diligencie los siguientes datos

PRODUCTO

NUMERO PRODUCTO

ENTIDAD

MONEDA

ENTIDAD

CIUDAD

PAIS

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS Y/O FONDOS

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y 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":

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.

3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.

4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.

5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).

ACTIVIDADES COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO (SEGUN PERFIL)

7. FIRMA Y HUELLA

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

Firma

Huella Índice Derecho

Negrita" Página: 2 de 113

Negrita" 2025-07-17

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 01 Inscripción				4. Número de formulario 14831030551			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional is de Bogotá		14. Buzón electrónico		
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País		29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido GARZON		32. Segundo apellido CASTIBLANCO		33. Primer nombre VALERY		34. Otros nombres	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.			
41. Dirección principal							
4							
43. Código postal		44. Teléfono					
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma			
				56. Tipo			
				Servicio			
				1			
				2			
				3			
				57. Modo			
				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos		SI X NO		60. No. de Folios:		1	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				985. Cargo			
				Gestor I			



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

Fecha:15/11/2025

CONTRIBUYENTE

VALERY GARZON CASTIBLANCO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección:

Dirección e

udad: BOGOTÁ DC

Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Ir

Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL

Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA

Fecha desde: 06/05/2022

Matrícula Mercantil:NO

echa de cese de Actividades: NO

No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Ciudad y Fecha: BOGOTA. 19 NOVIEMBRE 2025

Nombres y Apellidos: VALERY GARZON CASTIBLANCO

[

Nombre de la Empresa: SUBRED CENTRO ORIENTE

Ca _

Tipo de examen: PERIODICO

Concepto de Aptitud: APTA PARA EL CARGO

Requisitos de Salud. OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES PRACTICADOS

Laboratorios: NO

Paraclínicos: NO

RECOMENDACIONES: HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA. PAUSAS ACTIVAS Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR SEGÚN PROTOCOLOS DE LA EMPRESA. . ACTIVIDAD FISICA , HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Registr

EXAMEN VISIOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:

Paciente:

Género

Fecha Nacimiento

Estado Civil:

Dirección

Empresa

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Equipos que maneja: COMPUTADOR POR 12 HORAS

Materias Primas e insumos:

Elementos de Protección Personal:

Último Examen: 6 MESES

Protección Ocular: N **Usa Corrección:** N **Gafas:** N **Lentes de Contacto:**

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre	Concepto	Notas
1. GOLPES O QUEMADURAS	N	
2. SOLDADURA	N	
3. ACIDOS	N	
4. POLVORA	N	
5. ESQUIRLAS	N	
6. POLVO	N	
7. OTROS	N	

SINTOMATOLOGÍA

N Ardor	N Dolor	N Cefalea	N Cansancio	N Lagrimeo	N Fotobia
N Secreciones	N Mala Visión de Lejos	N Mala visión de cerca	N Cansancio al leer	N Salto de Renglón	N Confusión de letras
N Prurito					

Notas: NO REPORTA

EXAMEN EXTERNO

N Hiperemia	N Pterigio OD	N Pterigio OI	N Blefaritis	N Leucoma OD	N Leucoma OI
N Ptos OD	N Ptos OI	N Pinguecula OD	N Pinguecula OI	N Estrabismo	
Motilidad PPC: 5/6	CT 20 cm NORMAL	CT 40 cm NORMAL	Oftalmoscopia OD No Aplica	Oftalmoscopia OI No Aplica	
Campo Visual OD: NORMAL	Campo Visual OI NORMAL	Estereopsis 40" DE ARCO	Queratometría OD No Aplica	Queratometría OI No Aplica	
Refracción OD: No Aplica	Refracción OI No Aplica	Subjetivo OD No Aplica	Subjetivo OI No Aplica	Arco Senil	
Visión Color NORMAL					
Respuesta Pupilar: NORMORREACTIVA					
Notas: SANO					

AGUDEZA VISUAL

Sin RX	Visión Lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	20/	20/
Ojo Izquierdo	20/	20/

Con RX	Visión Lejana	Visión Próxima	Rx en Uso
Ojo Derecho	20/25	20/	20/
Ojo Izquierdo	20/20	20/	20/

CONCEPTO

AGUDEZA VISUAL Y FUNCION BINOCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

DIAGNOSTICO

AMETROPIA ADECUADAMENTE CORREGIDA

CIE 10: Z010 / EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

RECOMENDACIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL, USO DE LUBRICANTE OCULAR, REALIZAR PAUSAS DE CONSERVACION VISUAL.

INFORMACIÓN DE REMISIÓN - SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ingresar al sistema de vigilancia: N

Remitido: N

-

-

Hepatitis B

3

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	30-10-25	V50525004	856-02-26 Sociedad Norte
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vaci
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autor



**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Valery Garzon**

Apellidos: **Castibanco**

Señor (a): VALERY GARZON CASTIBLANCO

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

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Abril / 19 de 2000, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

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

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

Cordialmente,

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

Elaboró: *Oficina Virtual*

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

Medellín, 19 de noviembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que VALERY GARZON CASTIBLANCO identificado
Laborales y está en estado activo.

a Riesgos

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C12339026052532368162

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARZON CASTIBLANCO VALERY** identificado(a)
Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo
enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Dec

en
se

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROT

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 19 de noviembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>



Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

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

Editar

Información del usuario

Cargo FACTURADORA

Título

Nombre VALERY

Apellidos GARZON CASTIBLANCO

Fecha de Nacimiento

Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Género Mujer

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☒ No

Nombre y apellido VALERY GARZON CASTIBLANCO

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento

Dirección

Código postal

Estrato

Ubicación Colombia

País COLOMBIA

Correo electrónico

Teléfono

Celular



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad

Respuesta

SMS para recuperar la contraseña

Editar

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	DECLARACION JURAMENTADA PROCESO PRECONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-33 V3

Yo, VALERY GARZON CASTIBLANCO identificado(a) con cedula de ciudad expedida en la ciudad de BOGOTÁ, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que

1. ACTUALMENTE SI () NO (X) tengo suscrito contratos de prestación entidades estatales; por tanto se relaciona a continuación los contratos de prestación **VIGENTES Y EN EJECUCIÓN:**

NOMBRE DE LA ENTIDAD ESTATAL	No. de CONTRATO (VIGENTE Y EN EJECUCIÓN)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION

2. Así mismo declaro que los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales impartidos.
3. También tengo conocimiento pleno y me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano. Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento. Este, se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los PRIMERO (01) días del mes de ENERO del año 2026.

FIRMA _____

NOMBRES COMPLETOS VALERY GARZON CASTIBLANCO

C.C. No.

TELEFONO

DIRECCIÓN

CORREO

HUELLA



Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

valery garzon castiblanco

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Código: 761575156000

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	DECLARACION JURAMENTADA PROCESO PRECONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-33 V3

Yo, VALERY GARZON CASTIBLANCO identificado(a) con cedula de ciudadanía expedida en la ciudad de BOGOTA, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que:

1. ACTUALMENTE SI () NO (X) tengo suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales; por tanto se relaciona a continuación los contratos de prestación de servicios **VIGENTES Y EN EJECUCIÓN:**

NOMBRE DE LA ENTIDAD ESTATAL	No. de CONTRATO (VIGENTE Y EN EJECUCIÓN)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION

2. Así mismo declaro que los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales impartidos.
3. También tengo conocimiento pleno y me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano. Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento. Este, se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los PRIMERO (01) días del mes de ENERO del año 2026.

FIRMA _____

NOMBRES COMPLETOS VALERY GARZON CASTIBLANCO

C.C. No.

TELEFONO

DIRECCIÓN

CORREO



HUELLA

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SUN ESE S. Sede Integrada de Servicios de Salud E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS*	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 28 NOVIEMBRE 2025

Señores: (CAMPOALTO)

Por medio de la presente, yo VALERY GARZON CASTIBLANCO, identificado con número de do _____ grada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que re: _____ académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD

Cordialmente,

Huella

***Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.**



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:(

io identificado con:

Apellidos y Nombres: **GARZON CASTIBLANCO VALERY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado #
75 – 25 barrio Modelia, Bogotá
D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia

de la República



Ministerio de

Defensa Nacional



Portal Único

de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

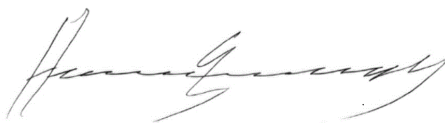
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 19 de noviembre de 2025, a las 19:52:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	
Código de Verificación	

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.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado



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) **VALERY GARZON CASTIBLANCO**, quien se identifica con

C. (MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO)

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:

- * El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).
- * 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).
- * 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. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).
- * Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.
- * Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.
- * Certificado expedido sin costo alguno.

VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 284651376



PIB

19:47:24

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de noviembre del 2025

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) VALERY GARZON CASTIBLANCO identific

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

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.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/11/2025 08:00:49 p. m. el ciudadano
Nombre: **VALERY GARZON**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **126867643** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda Imprimir

Información

515 9000

**Dios y
Patria**

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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA** **GOV.CO**

5:57



t.almeraim.com



Subred Integrada de Servicios de
Salud Sur E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E**

**FORMULARIO UNICO DE
CONOCIMIENTO DE PERSONA
NATURAL Y JURIDICA**

2025-11-24

Radicado #: 26825

Aceptar

2025-11-24 05:57 PM



Evento